

DES

TUMEURS FIBREUSES

DE L'UTÉRUS



THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

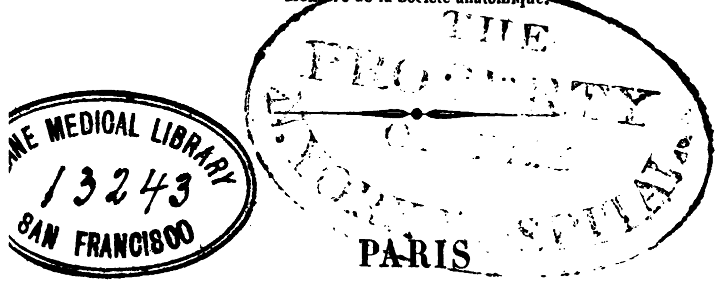
(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE 4 JUIN 1860,

PAR

LE Dr FÉLIX GUYON,

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris,
Ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris,
Membre de la Société anatomique.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1860

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

DES

TUMEURS FIBREUSES

DE L'UTÉRUS

Depuis le commencement de ce siècle, les auteurs ont alternativement décrit sous le nom de corps fibreux et de tumeurs fibreuses de l'utérus, des corps blancs, durs, arrondis, indolores, qui naissent et se développent dans le tissu de cet organe.

Étudier la nature de ces productions bizarres, leurs modes de connexions avec le tissu dans lequel elles ont pris naissance, spécifier avec autant d'exactitude que possible les rapports qu'ils affectent avec l'organe utérin aux divers degrés de leur évolution, chercher à bien noter les troubles que leur présence apporte à ses fonctions et à celles des organes voisins, étudier les moyens que nous offre la chirurgie pour les combattre, lorsqu'ils compromettent la santé ou la vie; utiliser, pour éclairer ce point capital, tout ce que nous aura enseigné l'étude de ces tumeurs, ce que nous savons sur l'anatomie et la physiologie de l'organe de la gestation, telle est notre tâche.

Il importe, avant tout, de préciser le langage.

Nées au sein des parois d'un organe qui, d'une part, communique avec l'extérieur, et de l'autre plonge dans la plus

vaste cavité du corps humain, ces tumeurs, en se développant, subissent, en général, une évolution qui les conduit soit vers l'extérieur, c'est-à-dire dans un des points de la filière utéro-vaginale, soit dans la cavité de l'abdomen.

Un certain nombre, cependant, demeurent dans la paroi utérine où elles ont pris naissance et s'y développent. C'est dans la désignation de ces trois états que le langage de la chirurgie n'offre pas assez de précision.

La plupart des auteurs embrassant sous notre titre ou sous celui de *corps fibreux* les trois états auxquels nous venons de faire allusion, les désignent sous le nom de tumeurs interstitielles, ou de tumeurs fibreuses pédiculées. Ils appliquent la désignation de polypes fibreux à celles qui se sont pédiculées dans l'utérus, et l'épithète de sous-péritonéales à celles qui se sont pédiculées vers l'abdomen. Dupuytren (*Leçons orales*, t. IV, p. 283) et Lisfranc (*Clinique chir. de la Pitié*, t. III, chap. I), au contraire, réservent aux corps fibreux interstitiels la désignation de tumeurs fibreuses. Dans sa thèse de concours, M. Jarjavay, sous le titre de corps fibreux, ne s'occupe que des tumeurs interstitielles, et souvent d'ailleurs la dénomination de corps fibreux se retrouve, dans le langage chirurgical, comme l'équivalent de tumeurs interstitielles. Nous aurions donc pu nous limiter, en ne traitant sous le titre de tumeurs fibreuses de l'utérus, que des tumeurs interstitielles ; mais, malgré les bons exemples qui nous étaient offerts, nous n'avons pas voulu scinder notre sujet, et sans nous prévaloir de l'avis de la majorité, nous avons cru, malgré sa longueur, devoir parcourir la voie tout entière. La dénomination de tumeurs fibreuses étant générique, il faut la faire suivre d'une épithète quand il s'agit de désigner les espèces. Ces désignations existent déjà, et nous devons nons occuper des tumeurs fibreuses pédiculées dans l'utérus, dites encore polypes

fibreux, des tumeurs fibreuses interstitielles et des tumeurs sous-péritonéales fibreuses de l'utérus.

L'étude générale des tumeurs fibreuses de la matrice devra précéder celle des espèces; puis, comme ces tumeurs, qui souvent n'empêchent pas la fécondation, deviennent dans certaines circonstances la source d'accidents pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, nous terminerons par l'histoire de cette partie de notre sujet.

Nous aurons, chemin faisant, occasion de légitimer notre division et notre interprétation; l'histoire même de la question nous fournira des arguments.

Bichat, dans son *Anatomie générale* (1801), avait déjà très nettement désigné les tumeurs fibreuses de l'utérus au point de vue anatomique. Dans ses *Leçons d'anatomie pathologique*, où il sut appliquer sa lumineuse distinction des tissus, furent donnés les premiers fondements de la question qui nous occupe. En 1801, Ph. Roux publia dans le *Journal de méd. chir. et phys.*, et plus tard, dans ses *Mélanges de chir.*, 1809, p. 101, son beau mémoire sur les polypes utérins. Il y trace de main de maître ce qui est relatif à l'histoire des polypes fibreux, mais il étudie également les deux autres formes, tient compte des transformations principales des corps fibreux, et montre que c'est à une de ces transformations qu'il faut rapporter l'histoire des pierres de la matrice. Mais c'est surtout dans le mémoire de Bayle (*Journ. de méd.*, t. V, p. 62, 1802), et dans son article du *Dict. des sc. méd.* (1813, t. VII), que l'on trouve la première description dogmatique et complète des corps fibreux de l'utérus. Bayle les étudie dans leurs trois phases principales, et les compare au point de vue des symptômes et du diagnostic. Les autres auteurs ont adopté le même ordre et ont complété sa description qui reste fort remarquable.

Dupuytren, sous la direction duquel Bayle avait fait son mémoire, faisait souvent de ce sujet l'objet de son enseigne-

ment, et l'on trouve ses idées reproduites dans le quatrième volume de ses *Leçons orales*. Mais étant obligé de nous restreindre et de citer seulement les auteurs dont nous retrouverons les noms dans le cours de notre travail, nous nous bornerons à rappeler le mémoire de M. Hervez de Chégoin, *Journal général de médecine*, 1827, p. 1 ; l'article de M. Velpeau, *Médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 614, et 1839, t. IV, p. 380 ; la thèse de concours de M. Malgaigne en 1832 ; les *Leçons* de Lisfranc, t. III, p. 1 : un article de Blandin dans le *Dictionnaire en quinze volumes* ; la thèse de M. Gerdy, *Sur les polypes*, 1833 ; le mémoire de M. Amussat 1849 ; la thèse de M. Jarjavay, *Sur les opérations applicables aux corps fibreux*, 1850 ; l'article fort important qu'y consacre M. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 659; les chapitres fort bien étudiés de M. West *Diseases of Women. London*, 1856, p. 267 et suiv.; un article très complet de Robert Lee, publié en 1855 dans les *Med. chir. transact. London*, t. XIX, p. 94. En signalant en outre un grand nombre d'autres articles insérés dans les revues périodiques, une très grande quantité d'observations, de fort bons articles contenus dans les ouvrages publiés sur les maladies de l'utérus, soit en France, soit à l'étranger; des *Leçons cliniques* de M. Nélaton, nous aurons *à peine* donné une idée du nombre des matériaux amassés depuis soixante années. Nous chercherons d'ailleurs à suppléer à la brièveté de cet aperçu historique, en nous efforçant de ne pas citer une observation ou un mémoire sans en indiquer la source.

C'est à dessein que nous avons commencé par donner une idée de ce qui avait été fait depuis que la distinction anatomique bien précise posée par Bichat, Roux, Bayle et Dupuytren, a permis aux chirurgiens d'envisager cette question d'une manière vraiment utile.

Quand on a bien étudié un ordre de faits, il est facile d'en retrouver de semblables qui avaient jusqu'alors passé ina-

perçus. C'est ce qui arrive pour les tumeurs fibreuses de l'utérus. Il était impossible, en effet, que tous les auteurs qui se sont occupés d'accouchements, de maladies des femmes, ou de chirurgie, n'en eussent pas vu d'exemples. C'est ainsi que nous pouvons rattacher à notre sujet au moins un des deux cas d'expulsion spontanée de tumeurs venues de l'utérus, rapportés par Hippocrate. Le premier est relatif à la jeune servante citée par Louis dans son *Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice*, et qui nous semble un exemple de corps fibreux ayant subi la dégénérescence calcaire (*Traité de la génération*, liv. XXIV, chap. XCI); et le deuxième fait auquel je fais allusion est rapporté par M. Marchal (de Calvi) dans un *Mémoire sur la cure spontanée des polypes*. Nous ne pouvons rien en inférer pour notre sujet : *Caro quædam*, voilà la seule désignation anatomique. Je ne chercherai pas à interpréter ce que l'on trouve dans Moschion, dans Celse, dans Aétius, dans Paul d'Égine. Tout cela est fort peu satisfaisant à notre point de vue ; cependant rappelons que M. Velpeau rapporte, d'après Peyrilhe (*Histoire de la chirugie*, t. II, in-4), que la mystérieuse Aspasie, dont Aétius nous a transmis les préceptes, recommandait, en parlant des tumeurs hémorrhoïdales qui naissent tantôt sur le col, tantôt au fond de la matrice, de les exciser sans crainte quand elles sont *dures et blanches*. Bayle a pris soin du reste, *op. cit.*, de nous tracer un historique étendu ; il nous apprend que Fabrice de Hilden, Ambroise Paré, et au XVIIIe siècle Desgoux de Fobert, et Chambon de Montaux avaient trouvé des corps fibreux de la matrice très volumineux, les uns encore charnus (Fab. Hild.), les autres fibro-cartilagineux (Chambon), les autres déjà ossifiés (Paré et Desgoux).

Les indications détaillées que donne Bayle nous dispensent d'insister davantage; nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à cet auteur et aux chapitres historiques de la thèse de M. Malgaigne sur les *Polypes de l'utérus*, à l'ouvrage

cité de M. Velpeau, à l'article historique de Gerdy dans sa thèse sur les polypes (1833).

Mais nous ne pouvons cependant passer sous silence les travaux de Levret (1) qui, en 1749, ainsi que le dit M. Malgaigne, eut à démontrer qu'en dépit de l'étymologie, les polypes n'avaient qu'un pédicule; à créer la symptomatologie et la thérapeutique à la fois, en un mot à changer la face de la science. Il ne laissa échapper, pour ainsi dire, que l'anatomie pathologique; encore les découvertes les plus récentes en ce genre se retrouvent-elles en germe dans ses admirables travaux.

Si on lit en effet son mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin, on est frappé de toutes les indications qu'il renferme. Nous aurons occasion d'en parler dans le cours de notre travail. Je ne puis cependant ne pas signaler à l'attention la planche XVII de ce mémoire et l'explication de cette planche, page 302.

On y voit, dit l'auteur, deux tumeurs de figure ronde et de consistance glanduleuse, situées dans l'épaisseur des propres parois de la matrice, et le col de cet organe, au lieu d'être droit est courbé latéralement, ce qui était produit par la présence d'une tumeur carniforme devenue osseuse qui était placée contre la partie postérieure et latérale droite du bassin, derrière le vagin. Tous ces détails sont fort bien rendus dans la planche.

Le mémoire de Louis sur les *Concrétions calculeuses de la matrice*, malgré les erreurs d'interprétation qu'il contient, mérite à tous égards d'être cité à propos de notre sujet (*Acad. de chir.*, t. V, p. 1). Enfin les remarques que Morgagni a consignées dans plusieurs de ses lettres, sur ces corps fibreux, qu'il désigne sous le nom de tubercules de la ma-

(1) *Mémoires sur les polypes de la matrice et du vagin* (Académie de chirurgie, mémoire, t. IX de la petite édition in-12, p. 188). — *L'art des accouchements*, 1776, p. 377 du supplément.

trice (voy. Bayle, *loc. cit.*, p. 86), et qu'il regarde comme destinés à subir une dégénérescence cancéreuse; celles plus précises encore de William Hunter, de Baillie, *Anat. pathol.*, chap. XXI, sect. IV, qui tout en remarquant qu'ils n'avaient aucun rapport avec les tumeurs cancéreuses, et en les désignant sous le nom de tubercules de la matrice, a bien saisi leurs rapports avec les polypes fibreux, et a même reconnu qu'ils devenaient osseux, nous ramènent à la période moderne par laquelle nous avons commencé cet historique.

Anatomie et physiologie pathologiques.

L'affinité toute particulière du tissu de l'utérus pour les corps fibreux, dit M. Cruveilhier (*loc. cit*), est un des faits les plus remarquables de la pathologie de cet organe. Tous les médecins ont en effet été frappés de la fréquence et de la multiplicité de ces formations dans l'utérus qui est leur siége principal, bien que les annexes n'en soient pas exemptes. Ainsi, la présence des tumeurs fibreuses dans l'ovaire est bien démontrée aujourd'hui, j'en ai moi-même rencontré, et j'ai pu, en examinant l'une d'elles, y trouver quelques fibres musculaires semblables à celles dont nous aurons à parler en faisant la structure des tumeurs fibreuses de l'utérus. M. Leudet (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 25) a fait voir de petites tumeurs fibreuses du volume d'*un pois* contenues dans l'épaisseur du ligament large gauche (1). M. Paget (*Anatomie pathologique*, p. 140,

(1) Il existe, du reste, des faits de tumeurs fibreuses intra-péritonéales volumineuses qui peuvent laisser des doutes au point de vue du point de l'appareil utérin où ils ont pris naissance; ainsi, M. Barth a présenté à la Société anatomique (en 1848, t. XXIII, p. 250) une tumeur regardée comme fibreuse par la Société, et qu'on aurait pu prendre pour une tumeur de l'ovaire, parce qu'elle était appendue dans le voisinage de l'utérus, et plus *rapprochée cependant de l'ovaire* que de cet organe.

t. II) s'exprime ainsi : je dirai seulement que de telles tumeurs (fibreuses) peuvent se développer autour de l'utérus aussi bien que dans son tissu, mais en raison du voisinage elles sont probablement limitées aux parties où le tissu fibreux et le tissu musculaire lisse se rencontrent encore, notamment dans le cul-de-sac et les ligaments utéro-rectal, utéro-vaginal et le ligament large. Les tumeurs fibreuses du vagin ont été assez souvent observées. J'en ai vu un exemple pendant que j'étais l'interne de M. le professeur Laugier, chez une dame qu'il opéra en ville: dans ce cas la tumeur était dans la paroi antérieure; M. Lebert en a représenté un bel exemple dans son *Anatomie pathologique*, avec planches (livr. 32, 1859): il a le même siége. Nous n'avons certainement pas à nous occuper de ces tumeurs, mais il était intéressant de montrer que la lésion que nous allons décrire dans l'utérus, peut se retrouver dans les différents points de l'appareil génital.

Quelle est la forme, l'aspect, en un mot la physionomie des tumeurs fibreuses de l'utérus? Elle est très caractéristique; dans quelque position qu'on les rencontre lorsqu'elles n'ont pas subi de transformations, elles se présentent sous l'aspect d'une tumeur ordinairement arrondie, d'une con sistance ferme, d'une dureté élastique qui, sur une pièce anatomique, permet de les reconnaître les yeux fermés. Ces tumeurs donnent aux doigts qui les pressent à travers l'épaisseur du tissu utérin la sensation très nette de leurs contours et de leur forme; si bien que sur une pièce où elles sont multiples on peut les distinguer les unes des autres, les compter pour ainsi dire; certaines d'entre elles, sans rouler dans le tissu de l'utérus glissent cependant entre les doigts. Si l'on incise la couche de tissu qui les recouvre en prenant soin de ne pas presser la paroi de l'utérus, le corps fibreux vient *spontanément* faire saillie entre les lèvres de l'incision; et si l'on vient alors à le presser entre les doigts,

on le déloge quelquefois du tissu utérin par simple pression; d'autres fois, il faut s'aider des ongles pour achever l'énucléation. Ils apparaissent alors avec leur forme sphérique plus ou moins parfaite, d'une couleur blanche à l'extérieur, d'un blanc plus brillant sur la coupe qui, en général, assez unie, offre des apparences de fibres enroulées, pelotonnées autour de centres le plus souvent multiples.

Mais si cette description générale suffit pour les faire reconnaître, elle serait très insuffisante devant les nécessités pratiques; nous allons donc entrer dans tous les détails que comporte une complète description.

Siége. — Nous rappellerons d'abord que le siége des tumeurs est la base de leur distinction en trois espèces, et qu'elle doit être maintenue: considérées par rapport à la paroi de l'utérus, elles sont centrales ou périphériques, les premières sont interstitielles pures, les autres sont sous-muqueuses ou sous-péritonéales. Cette distinction est loin d'être aussi absolue sur les pièces que dans la description, et quand on a certaines tumeurs entre les mains, il serait bien difficile de dire si elles deviendront périphériques ou si elles resteront interstitielles. On peut dire, cependant, d'une manière générale, que celles qui se développent dans un point rapproché de la muqueuse ou du péritoine deviendront presque nécessairement périphériques. Y a-t-il de ces corps qui se développent immédiatement sous la muqueuse? J'avoue n'avoir rien vu qui le prouve dans les observations que j'ai relevées; il est assez rare, dit M. Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 667, de voir les corps fibreux sous-muqueux situés immédiatement sous la muqueuse, presque toujours ils en sont séparés par une couche plus ou moins épaisse de tissu propre de l'utérus. C'est là un fait sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention au point de vue chirurgical, et sur lequel nous reviendrons

en étudiant en particulier les tumeurs fibreuses intra-utérines pédiculées.

Si l'on doit, d'un autre côté, rapporter aux tumeurs fibreuses sous-péritonéales, celles qui sont recouvertes par cette membrane doublée d'une mince couche de tissu de l'utérus, il est assez fréquent de rencontrer dans les observations des cas de tumeurs fibreuses nées de l'utérus et recouvertes seulement d'une enveloppe péritonéale, si bien que leur pédicule est extrêmement grêle et qu'il est difficile, au lit du malade, de rapporter à leur véritable origine les tumeurs flottantes abdominales constituées par ces corps fibreux (Cruveilhier). J'ai dans ce moment sous les yeux un utérus dont les parois renferment des corps fibreux multiples; une petite tumeur développée sur la paroi antérieure de l'organe vers la moitié de sa hauteur, est complétement indépendante de l'utérus, et se voit par transparence sous le péritoine auquel elle adhère, bien qu'elle soit à peine grosse comme un grain de chènevis. Sur la face postérieure on compte deux de ces corps gros comme la tête d'une épingle que l'on voit par transparence à travers le péritoine, mais qui font corps avec le tissu utérin et que j'énuclée avec la plus grande facilité. Cette même pièce est un exemple de corps fibreux primitivement développés dans le ligament large : je trouve, en effet, dans le repli du côté droit à un centimètre du bord de l'utérus un corps fibreux du volume des précédents très rapproché du péritoine et que j'énuclée avec la même facilité.

Il nous restera donc comme interstitielles les tumeurs fibreuses qui, nées plus profondément dans la paroi utérine, ne se seront pédiculisées d'un côté ni de l'autre, et seront à peu près également englobées dans les parois de l'organe; mais il se présente sur ce point une difficulté d'interprétation.

Il y a certainement des tumeurs qui, nées dans l'épaisseur du tissu utérin proprement dit, n'acquièrent jamais l'indé-

pendance que procure à celles dont nous venons de parler le phénomène de la pédiculisation. Ces tumeurs, selon qu'elles occupent l'une ou l'autre paroi ou le fond de l'organe, doivent même être soigneusement distinguées, bien qu'elles soient de la même espèce; celles du fond sont assez communes. Quant aux grosses tumeurs interstitielles des parois, elles sont plus rares, et je ne saurais trop attirer l'attention sur la pièce de Blandin (musée Dupuytren, n° 372), présentant un exemple de tumeur fibreuse interstitielle de la paroi postérieure de l'utérus ayant acquis le volume d'une tête d'adulte, et dont nous aurons à reparler. Mais auprès de ces tumeurs franchement interstitielles dans toute la durée de leur développement, il en est d'autres qui, nées sur un point assez rapproché du péritoine ou de la muqueuse, viennent faire saillie du côté du ventre ou de la cavité de l'utérus sans se pédiculiser. Si ces tumeurs ainsi disposées étaient petites, il n'y aurait aucune difficulté dans l'interprétation, on les dirait en voie d'évolution et destinées à se pédiculiser plus tard; mais il en est qui acquièrent un volume notable, qui ne sont séparées de l'extérieur que par une couche utérine assez mince, et qui ne se pédiculisent pas (voy. fig. 1 et 5), ainsi que cela a lieu pour certaines tumeurs du fond de l'utérus. Celles-ci, ainsi que nous le verrons, se développent quelquefois à la manière de l'œuf dont elles affectent même le point d'implantation le plus habituel, et constitueraient, si l'on pouvait employer cette expression, de véritables *grossesses fibreuses*. Mais je ne puis entrer dès à présent dans de plus longs détails; j'aurai à m'occuper, en parlant des tumeurs fibreuses pédiculées et des interstitielles de leur évolution particulière, car cette question devant attirer au premier chef l'attention du chirurgien, sera traitée dans les chapitres purement chirurgicaux de ce travail.

Que l'on me permette cependant de faire remarquer qu'il

y a, au sujet de ces tumeurs interstitielles, une assertion dont on ne trouve pas une justification assez complète dans les observations. On dit d'une manière générale que des deux lames utérines comprenant le corps fibreux, la lame utéro-péritonéale est surtout hypertrophie, mais dans la pièce de Blandin il est loin d'en être ainsi, -c'est la paroi antérieure qui est hypertrophiée comme dans la grossesse, et la pos térieure qui contient le corps fibreux n'est pas du tout hypertrophiée. Dans les faits de tumeurs interstitielles du fond, j'ai été frappé de la minceur effrayante de la paroi utérine du côté de l'abdomen, c'est ce que l'on voit, par exemple, sur les nos 366 et 369, et sur une pièce de M. Huguier, j'ai également remarqué cette disposition. Si l'on ajoute à cela que certaines particularités de formes de la tumeur peuvent produire un amincissement encore plus considérable de la paroi utérine abdominale, on devra réfléchir avant de chercher à opérer de semblables tumeurs. On lit dans la première observation du mémoire d'Amussat, que ce chirurgien constata au fond de l'utérus renversé à la fin de l'opération deux sinus ou excavations qui logeaient deux bosselures de la tumeur et dont le fond presque pellucide n'était formé que par une très légère couche de fibres musculaires, peut-être seulement par le péritoine ! Nous y reviendrons en parlant de la forme.

Étudions maintenant les rapports de ces tumeurs avec les différents points de l'organe utérin, col et corps.

Les corps fibreux peuvent occuper tous les points de la hauteur et de la largeur de la cavité utérine, c'est un premier point acquis d'une manière évidente, mais on éprouve beaucoup plus de difficultés lorsque l'on veut préciser les points où se fait ce développement. La plupart des auteurs admettent que le corps est plus souvent atteint que le col. M. Aran fait remarquer (*Leçons sur les mal. de l'ut.*, p. 236) que l'on a peut-être trop restreint le nombre des

tumeurs du col. Mais il est, en tous cas, remarquable de voir le corps criblé de tumeurs fibreuses détruit, même comme dans une pièce de M. Huguier où il ressemble à un sac contenant des noix, sans que le col en porte un seul. Dans la pièce à laquelle je fais allusion, il a même conservé sa forme; j'ai vu d'autres cas semblables.

J'ai relevé à ce point de vue, dans la Société anatomique, les archives, les revues périodiques françaises et anglaises, un certain nombre de cas. Sur 132 utérus portant des corps fibreux, et dans lesquels on n'a noté le plus souvent le siége que d'une seule tumeur, et dans quelques cas celui de deux ou de plusieurs, ce qui donne un total de 140 tumeurs dont le siége est connu, nous avons trouvé comme résultat général :

Corps	110
Col	21

Dans 9 cas, le siége était mixte ou anormal.

Dans 58 cas, la désignation précise du point de l'utérus n'est pas donnée. Il reste 52 cas qui se décomposent ainsi :

Paroi postérieure	22
— antérieure	18
Fond	12

Ce qui concorde, excepté pour le fond, avec les données des auteurs, ainsi résumées dans le Manuel de M. Houël (p. 596) : la paroi postérieure, le fond, la paroi antérieure et le col.

Les siéges rares dans les observations, donnent les résultats suivants :

A la jonction du col et du corps	5 fois.	
Ligament large (cas de Leudet)	1 —	
Tubes de Fallope	3 —	(1).

(1) Comme siége exceptionnel, nous citerons encore ce fait consigné par Robert Barnes dans la *Lancette de Londres*, 1851. Sur une pièce envoyée par le docteur Chance, il y avait deux tumeurs fibreuses de la grosseur d'une noisette attachée à l'orifice de chaque tube de Fallope, qui étaient entièrement bouchés.

Safford Lee (*On tumours of uterus*, in-8, London, 1847, p. 2) signale également la plus grande fréquence d'implantation sur la paroi postérieure. M. West, dans son excellent ouvrage (*On diseases of Women*, London, 1856), confirme cette opinion. Sur 40 cas, 18 étaient pour la face postérieure et les autres pour tout le reste de l'utérus.

Volume. — Le volume des corps fibreux a également fixé l'attention; on a dit qu'il variait depuis le volume de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une masse pesant 39 livres et mesurant 29 pouces 1/4 de circonférence verticale sur 29 pouces 1/4 d'horizontale (Gaultier de Claubry père). Mon ami, M. le docteur Luys, m'a remis une observation lue par lui à la Société médicale d'observation en 1856, où il est question d'une masse fibreuse née de la paroi postérieure de l'utérus remplissant l'abdomen, composée d'une tumeur mère à laquelle étaient accolées vingt-huit tumeurs secondaires, dont le volume variait depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête de fœtus, et pesant 16 kil. 500 gram.

Nombre. — Ce qui précède me conduit à parler du nombre de corps fibreux qui peuvent envahir un même utérus. M. Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 669) dit qu'ils sont le plus ordinairement solitaires, quoiqu'on puisse souvent en trouver jusqu'à dix et vingt dans le même utérus, et à divers degrés de développement; nous remarquerons cependant que sur douze pièces que nous avons en ce moment, cinq seulement présentent une tumeur fibreuse unique. A propos de la multiplicité des tumeurs, nous rappellerons qu'il existe plusieurs cas de tumeurs multiples renfermées dans une même loge. M. Jarjavay en a fait dessiner deux dans sa thèse de concours, et m'a parlé d'une troisième qu'il a observée dans le col. M. Houël (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1850) a présenté une tumeur fibreuse pédiculée de l'utérus enlevée par M. Laugier. « Elle se compose de deux masses distinctes moulées

l'une sur l'autre et séparées seulement par une couche celluleuse excessivement lâche. » Nous appellerons l'attention sur la pièce de M. Huguier : c'est une tumeur sessile composée d'une énorme quantité de petits corps fibreux de la grosseur d'une noisette, entourés d'un lacis vasculaire extrêmement riche, circumlobulaire. C'est sans doute un cas bien exceptionnel, mais fort important. Quoique la tumeur fît saillie à la vulve, l'opération qui avait été tentée par un chirurgien fort habile n'avait pu être terminée, et la malade mourut peu de jours après. (Jarjavay, pl., *loc. cit.*, fig. 1.)

Forme. — Il est facile de comprendre qu'avec de semblables dispositions, la forme des tumeurs fibreuses soit quelquefois bizarre; indépendamment de cette condition exceptionnelle, les corps fibreux que nous avons dit être ordinairement sphériques peuvent varier dans leur forme sous l'influence de la pression du tissu utérin ou de celle du col, mais nous voulons surtout appeler l'attention sur les bosselures qui surmontent quelquefois les corps fibreux, bosselures dont l'importance nous a vivement frappé dans la lecture de l'observation Ire, déjà citée du mémoire d'Amussat et dans une observation de Lisfranc (*Cliniq. de la Pitié*, t. III, p. 7). La tumeur présentait des saillies et des mamelons très considérables que l'on sentait à la surface de l'utérus pendant la vie, et qui avaient fait croire à la présence de corps fibreux sous-péritonéaux. Ce qu'il importe de remarquer au point de vue chirurgical, c'est que ces tumeurs tubériformes, lorsqu'elles sont encore en contact avec la paroi de l'utérus, y creusent d'arrière-cavités et l'amincissent jusqu'à ne plus être recouvertes que par le péritoine, comme dans le cas d'Amussat (1).

(1) Un exemple fort curieux de la modification que peuvent subir ces tumeurs dans leur forme, sous l'influence de la striction du col, se voit au musée

Connexions avec le tissu de l'utérus. — Les corps fibreux de l'utérus n'ont aucune *continuité* avee le tissu de l'organe, dont ils sont isolés par un tissu cellulaire lâche. Cette indépendance du tissu du corps fibreux et du tissu de l'utérus est fort importante à noter, et pour le chirurgien et pour l'anatomo-pathologiste. C'est grâce à cette disposition que le corps fibreux peut être énucléé et accomplir ses migrations. Cependant, les chirurgiens doivent se rappeler que pour les corps fibreux d'un certain volume des adhérences anormales peuvent s'établir entre le tissu de l'utérus et la tumeur fibreuse ; nous mentionnerons ce fait en particulier dans une observation de corps fibreux interstitiel d'A. Bérard (*Bullet. de la Soc. anat.*, t. XVII, p. 82); l'autopsie démontra l'existence d'adhérences assez intimes entre l'utérus et la tumeur. Dans sa thèse de concours, M. Jarjavay rapporte qu'il dut employer une force très grande pour séparer du tissu de l'utérus un corps fibreux logé dans sa paroi : « Vers la fin de cette séparation, dit-il, le corps fibreux saisi par une main, l'utérus par l'autre, j'ai exercé des tractions en sens inverse, et trouvé une résistance que j'étais loin de supposer. »

M. Huguier a insisté plusieurs fois sur ce fait, M. Cruveilhier l'a mentionné également, et le considère avec juste raison, comme morbide ; mais au point de vue de l'anatomie pathologique pure, l'isolement du corps fibreux doit être considéré comme absolu. C'est cette cellulosité lâche qui remplit les fonctions de kyste d'isolement, et qui établit une ligne de démarcation entre le tissu propre de l'utérus

Dupuytren, n° 373. La tumeur, qui est très volumineuse, est moitié dans le vagin, moitié dans l'utérus; la striction du col l'a divisée en deux sphères qui restent accolées au niveau de son orifice, la portion supérieure étant enchatonnée. Sur une pièce de M. Huguier, la partie inférieure d'un polype fibreux avait commencé à s'engager dans le col; elle figure une sorte d'appendice digital fixé au bout de la tumeur.

et le tissu des corps fibreux avec lequel il présente, au premier abord, une si grande analogie (Cruveilhier). On sait que ce tissu cellulaire peut donner naissance à des bourses séreuses accidentelles, comme on en a observé autour de certains corps fibreux. Au cas bien connu de M. Verneuil, j'ajouterai celui que M. Fenerly a fait voir à la Société anatomique (*Bullet.*, t. XXIX, 346.)

Texture. – Le tissu du corps fibreux est très dense, c'est le tissu fibreux le plus résistant que l'on connaisse, son aspect est nacré lorsqu'il n'a pas subi d'altérations ; tantôt ce sont des fibres entre-croisées dans toute sorte de directions, un véritable feutrage ; tantôt le tissu fibreux revêt la forme pelotonnée, lobuleuse ou granuleuse, et il est facile d'y reconnaître plusieurs centres ou points de convergence des fibres (Cruveilhier). L'examen microscopique est venu fournir de nouvelles données ; M. Lebert (*Société de biologie*, 1852, p. 68) a démontré le premier en France la présence de fibres-cellules musculaires dans ces tumeurs, et nous devons ajouter que les figures 3 à 6 de la planche CLVII de son *Anatomie pathologique générale*, faisant partie de la 32e livraison, confirment en 1859 la description qu'il a donnée en 1852. Le texte de la livraison n'ayant pas encore paru, nous donnons la description de 1852. Nous avons du reste reproduit ces dessins (voy. fig. 8, 9, 10).

« L'examen microscopique montre dans les fibroïdes de l'utérus deux éléments : les uns fibreux et fibro-plastiques servent de lien, pour ainsi dire, aux fibres charnues ; les autres composent plus particulièrement ces dernières. Le tissu, d'apparence striée et fibreuse, se montre surtout à la coction, composé de fibres-cellules de la vie organique les plus manifestes ; mais alors on voit peu les noyaux intérieurs. Si on examine le tissu sans réactif, l'on voit bien une apparence fasciculée, ressemblant à la structure musculaire des intestins et de la vessie, mais on ne reconnaît pas ses

noyaux caractéristiques. C'est surtout en traitant les préparations par l'acide acétique qu'il est facile de se convaincre que l'on a affaire à des fibres-cellules; les noyaux sont alors si nettement caractérisés qu'il est impossible de les confondre avec d'autres éléments histologiques; ce sont des noyaux très longs, étroits, recourbés, quelquefois légèrement ondulés, ayant à peine 1/400e de millimètre de largeur, et ne montrant pas de nucléoles. Ce qui prouve combien il y a de couches superposées de ces fibres organiques, c'est que, dans les préparations bien faites, on voit des groupes de noyaux suivant une même direction, s'entrecroiser tous dans des sens différents, mais dans le même groupe, les noyaux suivent la même direction. » Nous avons donné cette note *in extenso* pour faire bien apprécier les difficultés de l'examen; M. Broca avait même mis en doute, à la Société anatomique, la nature musculaire des éléments dont parle M. Lebert; mais, aujourd'hui, ce chirurgien distingué partage l'opinion de M. Lebert. Les corps fibreux de l'utérus (note communiquée) se composent: 1° de tissu cellulaire et d'éléments fibro-plastiques; 2° de fibres-cellules musculaires semblables ou plutôt analogues à celles de l'utérus (analogues parce qu'elles sont, en général, plus volumineuses). Je désigne, ajoute M. Broca, dans mon *Traité des tumeurs* (en voie de publication), ces corps fibreux sous le nom d'*hystéromes*, pour indiquer non pas leur siége, car il y en a hors de l'utérus, *mais leur structure.*

M. Robin a publié en 1854, dans la thèse de M. Ferrier, une description fort complète de la structure des corps fibreux, et qui confirme celle de M. Lebert. Nous regrettons de ne pouvoir la reproduire, et nous renvoyons à la thèse indiquée, p. 41 et suiv. M. Robin signale les difficultés de l'examen, note que les fibres musculaires sont plus volumineuses que dans l'utérus à l'état de vacuité, mais moins que dans la grossesse, et qu'elles constituent du *quart à la*

moitié de la masse morbide, leur proportion étant du reste plus forte dans les petites que dans les grosses. Un fait à signaler dans la description de M. Robin, c'est la présence constante dans ces tumeurs, d'une grande proportion de matière amorphe finement granuleuse, très tenace, demi-solide, qui maintient fortement adhérentes les unes aux autres les fibres du tissu cellulaire, les masque et les rend difficiles à isoler, et en fait autant pour les fibres musculaires de la vie organique. Cet élément joue un rôle important dans la tenacité du tissu, il augmente de quantité et tend à prédominer sur les autres au fur et à mesure de l'augmentation de volume des tumeurs; il est surtout très abondant dans celles qui ont pris un aspect demi-transparent. Cette analogie de structure, jointe à l'indépendance bien constatée dans tous les moments de leur existence, des tumeurs fibreuses de l'utérus (nous avons dit avoir énucléé avec là plus grande facilité des tumeurs grosses comme la tête d'une épingle) est un fait fort intéressant d'anatomie pathologique qui vient évidemment à l'appui de la loi que M. Velpeau a émise, à propos des tumeurs adenoïdes de la mamelle, que toute production morbide se développant dans un organe tend à revêtir les caractères du tissu de l'organe qui en est le siége, bien qu'elle en soit indépendante. Cette assertion du professeur de la Charité se trouve encore légitimée par ce fait, que personne n'a démontré un pédicule reliant ces corps fibreux au tissu de l'utérus. Cependant les fréquentes occasions que nous avons d'examiner ces productions dans toutes les phases de leur développement aurait dû permettre de surpendre ce pédicule tant et si souvent cherché ailleurs.

Nous croyons donc, tout en admettant la structure musculaire de ces productions, qu'elles ne consistent pas en un développement anormal de la fibre musculaire de l'utérus, comme l'a admis Vogel, qui, du reste, avait vu ces fibres

musculaires en 1843 (*Erlauterungstafchn zür patholisgischen, histologie*, Leipsick, 1843). Oldham (*Guy's hospital Reports*, 1844) avait aussi donné la description de fibres musculaires dans une tumeur fibreuse de l'utérus, et le docteur Robert Barnes dit avoir constaté le même fait en 1851 (voy. *Lancet* de Londres, 1851). Bristowe, cité par M. Velpeau, fait aussi de ces productions des espèces de tumeurs musculaires, mais M. Paget (t. II, p. 135-36) émet une opinion conforme à celle de Bayle, et de MM. Cruveilhier et Velpeau, etc. « Dans l'utérus, dit-il, les polypes fibreux contiennent plus ou moins de fibres organiques, mais je n'ai jamais trouvé d'exemple qui pût justifier le nom de tumeur musculeuse que leur avait donné Vogel; pourtant le mélange des fibres musculaires analogues à celles de l'utérus est ordinaire, si *ce n'est constant* dans ces tumeurs. »

Pour compléter l'histoire de la structure des productions fibreuses, nous citerons le paragraphe de M. Cruveilhier, relatif aux éléments communs de leur organisation (p. 671). « C'est dans les corps fibreux de l'utérus et surtout dans les corps fibreux volumineux, qu'on peut bien étudier le système vasculaire des corps fibreux en général. Un réseau vasculaire considérable les enveloppe; ce réseau vasculaire, qui est entièrement veineux communique largement avec les veines de l'utérus, qui ont acquis un calibre proportionné au volume du corps fibreux et au développement que le tissu utérin lui-même a subi. D'une autre part, ce réseau veineux superficiel propre aux corps fibreux, reçoit toutes les veines qui naissent dans l'épaisseur de ces corps, veines propres dont le développement est en raison de la vitalité du corps fibreux lui-même, et qui sont à leur maximum dans le cas d'œdème de ces corps. Du reste, aucune artère utérine ne m'a paru pénétrer dans les corps fibreux dont la circulation est réduite à sa plus simple expression; aucun vaisseau lympha-

tique n'y a été démontré ; aucun nerf utérin n'a pu y être suivi, d'où l'insensibilité absolue de ces corps. »

Nous ajouterons à cette description un renseignement, que nous empruntons à la thèse de M. Ferrier. La figure 5 de sa planche III (voy. fig. 1) représente la coupe d'un corps fibreux, dont les fibres s'enroulent, comme il arrive souvent, autour de centres multiples, le centre de chaque noyau offre un piqueté vasculaire; rappelons encore ce que nous a montré la pièce de M. Huguier. Mais nous devons faire bien remarquer que l'état vasculaire central n'existe pas dans la majeure partie des corps fibreux, et que, non vasculaires dans la majorité des cas, les corps fibreux le sont à peine dans plusieurs.

Le développement des corps fibreux peut être lent ou rapide; nous savons qu'il peut être illimité, nous savons aussi que les corps fibreux restent souvent stationnaires. Ce qui nous intéresserait surtout, serait de savoir s'il y a un arrêt de développement dans des tumeurs qui étaient en voie d'accroissement rapide, et même si elles sont susceptibles de rétrograder. Ce sont là des questions cliniques, dont nous chercherons la solution plus tard. Au point de vue anatomo-pathologique, M. Cruveilhier admet comme positivement démontré, que les corps fibreux utérins sont susceptibles d'atrophie à toutes les périodes de leur existence, et que cette atrophie se révèle, au point de vue anatomique, par une sorte de condensation de flétrissure de ces corps, et de diminution notable de leur vascularisation superficielle ou profonde.

Pour cet auteur, que nous ne saurions citer trop souvent, la transformation calcaire, qu'il désigne sous le nom de pétrification, est un mode d'atrophie.

Cette modification se présente sous deux formes, l'encroûtement périphérique et l'infiltration calcaire. La première forme paraît être la plus commune. M. Cazalis nous

a dit l'avoir surtout rencontrée dans ses nombreuses autopsies. Faisons remarquer qu'il y a des corps fibreux très volumineux qui présentent l'infiltration calcaire, mais n'en concluons pas que cette infiltration ne constitue pas là comme ailleurs une transformation rétrograde, pouvant conduire à l'atrophie, à la diminution spontanée des corps qui nous occupent; diminution spontanée sur laquelle nous aurons à insister particulièrement et que nous ferons entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agira de poser les indications chirurgicales.

Le tissu de l'utérus, ou mieux les parois utérines, peuvent s'hypertrophier ou s'atrophier. Il est difficile de bien préciser les conditions qui amèneront à l'un ou l'autre de ces états; mais on peut dire qu'après la ménopause, et surtout avec des corps fibreux multiples, le tissu utérin s'atrophie quelquefois d'une manière très remarquable; que pendant la période d'activité de l'utérus, son tissu s'hypertrophie et prend même, lorsque le corps fibreux est volumineux, l'aspect qu'il a dans la grossesse. Nous avons cependant déjà dit qu'il n'en était pas toujours ainsi pour les corps interstitiels. Les corps fibreux sous-péritonéaux pédiculés sont les seuls qui n'exercent aucune influence ni sur la forme, ni sur la vitalité de l'organe. Il est important d'insister sur l'état analogue à celui de la gravidité normale que prend quelquefois l'utérus, et sur l'état de ses cavités, col et corps. Cet état particulier se traduit en effet, non-seulement par l'hypertrophie musculaire, élément favorable, mais aussi par l'hypertrophie vasculaire, par la présence d'énormes sinus utérins, non-seulement dans la paroi utérine, mais dans l'enveloppe du polype, ainsi que l'a représenté M. Cruveilhier (pl. VI, 13e livraison, fig. 2).

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les dangers que présente cette disposition. Quant à la forme de la cavité, elle a été moins signalée, nous la voyons néanmoins indiquée dans

quelques observations. La cavité de l'utérus était agrandie ou effacée ; mais on n'a pas décrit, il me semble, avec assez de soin, l'état de la cavité du col et de celle du corps en particulier. Si le corps fibreux se développe dans le corps de l'organe, surtout s'il est interstitiel, c'est-à-dire si, retenu dans le point de la paroi qui lui a donné naissance, il ne peut venir, grâce à un pédicule, presser sur l'orifice interne du col, celui-ci, comme dans la grossesse, conservera toute sa longueur, et restera fermé. Je ne puis fournir que cette indication générale, je n'ai pas examiné assez de pièces-mais elle existe sur sept ou huit, parmi lesquelles je signalerai celle de Blandin, n° 372, le n° 366 (du musée Dupuytren) ; et dans un dessin de polype que j'ai sous les yeux, l'extrémité inférieure qui a tenté de forcer le col, y a été comprimée, effilée, et le col ne s'est pas effacé. Le col, en un mot, fidèle à son rôle, se constitue tout aussi bien le gardien de ces productions anormales, que celui du produit de la conception, et du reste, tous les chirurgiens savent l'obstacle qu'il apporte tous les jours, à l'exploration tout aussi bien qu'à l'opération, il ne faut pas seulement tenir compte de son étroitesse plus ou moins grande, mais encore de sa longueur, qu'il conserve souvent dans toute son intégrité alors que le corps est énormément dilaté.

Je ne parlerai pas des déformations imprimées à la direction de la cavité, il est facile de les deviner ; elles dépendent évidemment de la partie de l'utérus sur lesquelles les tumeurs se sont développées et de leur nombre, etc. Rappelons seulement l'élongation du *col de l'utérus* dans les cas semblables à celui qu'a fait dessiner M. Cruveilhier (*loc. cit.*), élongation analogue à celle décrite par M. Huguier, dans l'abaissement. L'utérus peut, non-seulement être fléchi, mais abaissé par une tumeur fibreuse qui le presse ; mais nous n'avons pas eu occasion de rencontrer d'observations d'abaissement complet produit de cette manière.

Nous terminerons ce long chapitre en étudiant, à notre point de vue, les modifications des tumeurs fibreuses que M. Cruveilher désigne sous le titre de caractères pathologiques des corps fibreux. Les corps fibreux peuvent se ramollir et de telle sorte qu'ils deviennent fluctuants, ces cas ont même donné lieu à des erreurs de diagnostic ; il faut distinguer ceux dans lesquels le liquide est simplement infiltré, et ceux où il est contenu dans des poches creusées aux dépens de la tumeur ou nées à sa périphérie ; le liquide peut, du reste, être séreux, sanguin ou purulent. Dans d'autres circonstances, le corps fibreux sera ramolli et sera d'un rouge plus ou moins foncé ; c'est probablement à cette couleur rouge qui peut se rencontrer sans ramollissement que doit être rapporté un des caractères de l'état charnu donné par Bayle comme le premier état de ces corps (1).

La première forme du ramollissement est très bien décrite par M. Cruveilher, sous le nom d'œdème : « il a pour conséquence, le ramollissement de ces corps, et, par l'œdème sont dissociées les masses globuleuses qui, par leur tassement, constituent le plus grand nombre de ces tumeurs. »

L'œdème peut survenir très rapidement, et s'accompagne d'une grande vascularité de la tumeur. Dans l'observation

(1) Je trouve dans mes notes un exemple de cet aspect anormal sans ramollissement. Chez une femme de trente ans ayant eu des enfants, portant une ulcération du col et ayant l'utérus assez mou et vascularisé, on trouva dans les parois de l'organe et vers son fond, à égale distance de la séreuse et de la muqueuse, un petit corps de la grosseur d'une lentille rougeâtre ayant l'apparence d'un caillot sanguin organisé. Il fut examiné par M. Robin, qui lui reconnaît la texture des corps fibreux. On a également noté des exemples de colorations et teintes diverses, ce sont des faits rares qui tiennent sans doute à des modifications de structure. Le docteur R. Lee a étudié avec soin (*loc. cit.*, p. 95) ces variations de couleur des corps fibreux : le plus souvent ils sont jaunes, quelquesfois gris-cendré et dans quelques cas rares ils ont un reflet noir.

bien connue de M. Pinault (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1823), la femme était morte d'hémorrhagie. J'ai lu un autre cas également terminé par la mort, ce qui donne à réfléchir sur la valeur curative de ce mode de ramollissement survenant dans les tumeurs intra-utérines.

On l'a observé du reste, dans les tumeurs intra-abdominales : l'observation de M. Luys déjà citée (p. 16) en est un exemple ; on fit une ponction capillaire qui donna issue à environ un verre d'un liquide filant albumineux. Le soir, frissons; mort, trente-six heures après; on ne constata pas, il est vrai, de péritonite à l'autopsie.

Les kystes sont de deux espèces, ce sont : 1° des cavités irrégulières sans parois, que M. Cruveilhier désigne sous le nom de géodes : ces cavités qu'il regarde comme une conséquence de l'œdème sont souvent multiples (voy. Cruveilher, *Anat. path.* avec planches, 13e livraison, pl. VI); 2° des kystes réguliers avec des parois propres, susceptibles de dissection. Dans une tumeur fibreuse qui avait la forme d'une tête d'adulte, M. Barth a trouvé une cavité contenant *trois litres* d'un liquide jaune citron.

Je n'insisterai point davantage sur l'histoire anatomo-pathologique de ces cas, il suffit au chirurgien de savoir qu'ils existent.

Pour le moment, je me contenterai de même, à propos de la suppuration, dont nous retrouverons des exemples, de dire que le plus souvent elle s'établit autour de la tumeur, et quelquefois dans l'épaisseur même de son tissu.

Quant aux collections sanguines, dont la structure des tumeurs fibreuses nous indique la possibilité, elles peuvent former des foyers uniques ou multiples, quelquefois considérables; elles sont aussi centrales ou périphériques.

Nous remarquerons qu'il s'est toujours agi de tumeurs volumineuses dans les observations qui ont trait à ces diverses altérations.

Il en est de même pour la gangrène des corps fibreux; cette altération, à laquelle on a le plus souvent rapporté la dégénérescence cancéreuse, se produit ordinairement à l'extrémité libre du corps fibreux. M. Cruveilhier cite cependant un cas de gangrène centrale.

La dégénérescence cancéreuse dont je viens de parler a eu ses partisans, même depuis que l'on est bien fixé sur la nature des corps fibreux et parmi eux, je citerai Dupuytren. Il est bien avéré aujourd'hui que cette dégénérescence *n'a pas été observée.*

Mais on a rapporté des cas où le cancer de l'utérus coïncidait avec les tumeurs fibreuses. Ces faits ne sont pas très rares.

Le docteur Lee (*Clinical Reports of uterine and ovarian Deseases*, p. 176) relate un exemple de coïncidence de tumeur fibro-calcaire et de tumeur de l'utérus; le docteur West dit avoir observé deux fois seulemeut cette coïncidence; M. Pihan Dufeillay, interne distingué des hôpitaux, en a observé un cas dans le service de M. Robert. Je ne puis pas citer toutes les observations qui me sont passées sous les yeux à propos de ce sujet; je tiens seulement à rappeler que les hommes les plus autorisés de notre époque, non-seulement n'ont pas observé la dégénérescence cancéreuse, mais encore, que dans les cas de cancer du col ou autres coïncidant avec les tumeurs fibreuses, personne n'a vu l'envahissement de ces tumeurs par l'élément cancéreux. Je n'insisterai plus sur ce fait de la dégénérescence, que M. Lebert (*Phys. path.*, t. II, p. 166), M. Cruveilhier (*loc. cit.*), M. Velpeau (*Mal. du sein*, 2e édit., p. 249) ont suffisamment combattu. Mais je ne puis passer sans la réfuter une opinion mise en avant par madame Boivin et répétée par quelques auteurs, sur la prétendue coïncidence des corps fibreux et du cancer de l'utérus ou du sein. Le docteur Chiari (cité par West, p. 277) donne même à ce sujet une statistique de 25 cas, dans les-

quels il en montre 2 compliqués de cancer utérin, 1 de cancer de la mamelle et des poumons, et 6 de cancer de divers organes. Cela prouve seulement que, les tumeurs fibreuses étant très fréquentes, de même que les cancers après la ménopause, on doit souvent les rencontrer ensemble. Mais pour le cancer du sein en particulier, je dois dire que je n'ai rien vu, soit dans le service de M. Velpeau pendant mon internat, soit dans son livre, qui soit de nature même à faire penser, au lit du malade, à cette coïncidence.

Cette question nous amène à dire un mot de la récidive ou repullulation des tumeurs fibreuses de l'utérus, elle n'est pas mieux démontrée que la dégénérescence cancéreuse; il ressort au contraire des observations que, dans les cas où une deuxième, une troisième, etc., tumeur fibreuse s'est montrée sur la même malade, le chirurgien avait eu affaire à de nouvelles évolutions de tumeurs ordinairement préexistantes, mais non à une récidive, comme on l'entend, des tumeurs dites malignes.

Étiologie et mode de formation.

Nous avons déjà fait allusion à diverses reprises à la *fréquence* des tumeurs fibreuses de l'utérus. On n'a pas été longtemps sans reconnaître que c'était une des affections les plus communes de cet organe.

C'est évidemment à l'inspection cadavérique qu'il faut demander la solution exacte du problème de la fréquence absolue, et surtout de la fréquence relative suivant l'âge. Mais les autopsies sont rarement entourées des renseignements nécessaires à ce sujet, et nous n'avons pas cru devoir nous servir d'un grand nombre d'autopsies d'utérus que nous avons eu occasion de faire, parce que le peu de corps fibreux

que nous avons noté nous a fait penser que, préoccupé d'autres points, nous n'avions pas toujours tenu compte de l'existence de ces productions. Bayle, on le sait, évalue à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de trente-cinq ans chez lesquelles il a noté un ou plusieurs corps fibreux. Portal, en 1770, avait obtenu une proportion bien plus forte. Sur 20 matrices, 13 étaient affectées de polypes. A ces chiffres extrêmes, nous pourrions, par exemple, opposer, avec West, les chiffres de M. Pichard, qui, sur 200 examens, n'a trouvé que 7 cas de tumeurs fibreuses; mais les âges ne sont pas indiqués, pas même approximativement, et nous pensons ne pas devoir tenir compte de ces résultats. Du reste, en fait de statistique excentrique, nous citerons celle de MM. Braün et Chiari, qui, à propos de la fréquence absolue, ont jugé à propos de relever 2494 cas sur lesquels ils n'ont trouvé que 25 exemples de tumeurs fibreuses de l'utérus, mais les sujets étaient des *deux sexes*. On ne peut pas davantage se servir de la statistique de M. Polloch (*Lancet*, 7 février 1852) faite à Saint-Georges hospital sur des sujets féminins depuis la naissance jusqu'à l'extrême vieillesse. Il donne 39 tumeurs fibreuses pour 583 autopsies.

M. West, qui rapporte ces statistiques, a eu soin d'examiner les utérus seulement depuis la puberté : il a trouvé 7 cas de tumeurs sur 70 ouvertures.

M. Leudet, sur 67 autopsies faites sur des femmes au-dessus de vingt-neuf ans, en a trouvé 10.

M. Foucher, à l'école pratique, sur des femmes ayant passé quarante ans, sur 38 en a trouvé 13 fois (*Bull. de la Soc. anat.* 1851, p. 291).

Cette statistique concorde avec celle de M. Loir faite pour Dupuytren : sur 40 utérus de vieilles femmes on a rencontré 15 fois des corps fibreux.

Ces statistiques démontrent bien l'influence de l'âge sur

nature à bien peu satisfaire l'esprit. Si l'on veut juger de leur valeur, il suffit de réfléchir à ce qui est arrivé à l'assertion de Bayle, sur l'influence du célibat, assertion régulièrement contredite et de la manière la plus péremptoire par tous les auteurs qui ont écrit depuis. Nous nous contenterons de donner la statistique de West (*op. cit.*, p. 280), qui est, je crois, la plus récente produite sur ce sujet et sera sans doute la dernière : sur 87 femmes, 59 étaient mariées ; ce n'est pas la plus forte proportion que l'on ait trouvée.

Je crois, du reste, que la fréquence même de l'affection proteste assez haut contre l'influence qu'aurait pu jouer le célibat. J'allais oublier la théorie de M. Cambernon (*Archiv.*, 4ᵉ série, t. V, p. 228) qui, se rappelant sans doute qu'il y avait beaucoup d'ovules perdus à chaque menstruation, en fait dévier quelques-uns de leur parcours normal pour en faire le point de départ de corps fibreux. Ainsi s'explique, dit-il, la plus grande fréquence de cette production dans l'utérus.

La raison de cette plus grande fréquence est encore à trouver : ce que nous allons dire à propos de leur origine et de leur développement ne l'expliquera certainement pas, mais pourra se rattacher à une question fort intéressante de physiologie pathologique. Nous avons déjà parlé, à propos de l'analogie de structure de ces productions avec le tissu qui les renferme, de la loi formulée par M. Velpeau, sur l'analogie de composition de certaines productions morbides avec le tissu normal, dans lequel elles avaient pris naissance et s'étaient développées. Vogel, de son côté, a formulé la loi dite *d'analogie de formation*, et, grâce à cette loi, nous savons aujourd'hui que les tissus nouveaux prennent naissance au sein d'une exsudation plastique, d'un blastème qui s'organise, et participe désormais à la vie commune ; que cette organisation, dans sa forme la plus simple, aboutit à la formation du tissu inodulaire dont les éléments ne

diffèrent pas du tissu cellulaire, *et que dans une forme plus avancée, le blastème revêt une organisation analogue à celle des tissus avec lesquels il est en contact* (Broca, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854).

La structure des corps dits fibreux de l'utérus n'est-elle pas, dans l'ordre des productions pathologiques, un nouvel argument à apporter en faveur de cette loi d'analogie de *développement* ou de formation, et quel que soit le point de départ que l'on admette, peut-on s'empêcher de le reconnaître? On a, il est vrai, interprété la question d'une autre manière, et l'analogie de structure a conduit à penser que ces tumeurs étaient des hypertrophies partielles; nous avons déjà dit que cette idée avait trouvé un défenseur dans Vogel lui-même, mais ici, plus favorisés que pour la mamelle, les anatomistes ont pu examiner les corps fibreux à l'état moléculaire pour ainsi dire, je les ai moi-même examinés alors qu'ils étaient gros comme la tête d'une épingle, et je les ai trouvés tout aussi indépendants du tissu utérin, aussi bien énucléables que lorsqu'ils ont acquis un plus grand développement, je pourrais même dire plus facilement énucléables. Certes il ne faut pas revenir à la doctrine de la *régénération des chairs*, pas plus que l'on n'est revenu à l'humorisme ancien, depuis que M. Velpeau a démontré l'influence de l'altération du sang dans l'infection purulente, et que MM. Andral et Gavarret ont doté le monde médical de leurs admirables travaux sur les altérations du sang. Mais je ne répugne, pour ma part, pas davantage à admettre la formation de toutes pièces de fibres musculaires, dans un blastème épanché au sein d'un tissu musculaire, que la formation des fibres nerveuses dans un blastème identique épanché au contact de la substance nerveuse. Je suis, il est vrai, plus porté à croire à l'organisation de ce que l'on appelle un blastème, qu'à celle du sang épanché en nature, mais je rappellerai, ainsi que le dit M. Velpeau (*op. cit.*, p. 239),

qu'on lui a prêté une opinion qui n'est pas la sienne, en lui objectant que la quantité de sang épanché n'était pas, la plupart du temps, en rapport avec le volume des tumeurs qu'il appelle hématiques. Il faut donc éloigner, dans la question qui nous occupe, les hypertrophies partielles du tissu utérin, qui constituent dans des cas rares, certains polypes de l'utérus, des tumeurs fibreuses intra-utérines pédiculées. On verra du reste cette distinction qui va nous conduire au chapitre des tumeurs fibreuses pédiculées intra-utérines, bien spécifiées dans l'ouvrage de Paget (vol. II, p. 131).

Nous avons cependant à dire un mot du mode de nutrition de ces tumeurs indépendantes du tissu de l'utérus; elles vivent évidemment comme les tissus non vasculaires ou peu vasculaires, en empruntant par imbibition au tissu utérin, quand elles sont interstitielles, à leur enveloppe, quand elles sont pédiculées, les éléments de leur nutrition. Il semble embarrassant d'expliquer comment elles continuent à vivre lorsqu'elles sont devenues libres dans la cavité de l'abdomen; mais leur intégrité peut s'expliquer, ainsi que le dit M. Nélaton, par la nature même du milieu, l'abri du contact de l'air et leur peu de vitalité.

Cette vie parasitaire me semble expliquer d'une manière satisfaisante l'absence ou la diminution de leur développement, leur innocuité générale, au moins après la ménopause; c'est-à-dire alors que l'organe utérin qui a cessé ses fonctions, éprouve des changemenst si remarquables, tant dans ses annexes que dans son propre tissu, et que j'ai cherché à caractériser dans un autre travail.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus qui se portent vers la cavité de l'utérus (polypes fibreux, tumeurs interstitielles).

Il existe de grandes différences entre les deux espèces que nous réunissons sous le même titre; nous nous sommes efforcé jusqu'ici de les distinguer, de les différencier, et nous allons, pour ainsi dire, redoubler d'efforts pour arriver à ce but, souvent désiré, et quelquefois en vain, par le chirurgien. Nous n'avons cependant pu faire isolément l'histoire symptomatique des polypes fibreux et des tumeurs interstitielles. Mais il y a entre ces tumeurs et celles qui se pédiculisent vers le péritoine, une différence profonde, qui nous permet de renvoyer celles-ci à un autre chapitre. Elles ne déterminent ordinairement ni modifications ni symptômes dans l'organe utérin; en est-il de même pour les polypes fibreux et les corps fibreux interstitiels? Non, sans doute; les uns et les autres occasionnent des troubles dans les fonctions de l'utérus, les *mêmes troubles*, et cela se comprend. Si les uns, en effet, se développent dans la cavité utérine, les autres y empiètent plus ou moins. Aussi amènent-ils, par exemple, l'hémorrhagie que je signale dès maintenant, car elle domine symptomatiquement l'histoire des corps fibreux et polypes fibreux. Il y a de plus deux grandes divisions à faire dans l'histoire symptomatique que nous entreprenons: comme dans la grossesse, nous avons, en effet, à tenir compte de signes rationnels et de signes sensibles, et ceux-là seuls nous permettront de signaler, quand elle sera possible, une différence absolue. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait quelque différence à noter dans la première catégorie de symptômes; ainsi, les corps interstitiels provoquent moins sûrement l'hémorrhagie, par exemple, que les corps pédiculés, mais la nécessité même d'établir des comparaisons,

et celle non moins grande d'en faire sortir des signes différentiels, nous ont décidé à les réunir dans ce même chapitre. Nous commencerons par compléter les données anatomo-pathologiques déjà indiquées, en réunissant ici ce qu'il y a d'important à savoir, à ce point de vue, pour le chirurgien, et comme c'est aux corps fibreux pédiculés, aux polypes, qu'il a le plus souvent affaire, comme c'est à eux que doit être surtout réservée son intervention et que leur histoire est plus connue, nous procéderons, pour ainsi dire, du simple au composé, en exposant d'abord, dans chacune des divisions de notre chapitre, les particularités spéciales à leur histoire.

Nous nous servirons, avec tous les auteurs, de la désignation de *polypes fibreux;* il nous suffit d'avoir posé la distinction qui existe entre certaines tumeurs pédiculées de l'utérus, formées de tissu utérin, avec une proportion plus ou moins grande de tissu fibreux, véritables hypertrophies partielles, rares du reste, et les tumeurs fibreuses qui se sont fait d'abord une enveloppe de la muqueuse utérine, doublée d'une couche plus ou moins épaisse de tissu utérin, mais ordinairement assez mince, puis plus tard un pédicule, par suite de l'élongation que leur développement leur a fait subir (1).

Les polypes fibreux avaient déjà été bien définis par Bayle: « Tantôt, dit-il, ils ne sont formés que par la membrane utérine et par un corps fibreux, qui s'en fait une enveloppe et la distend; tantôt ils sont formés par la membrane utérine et par

(1) Il y a des cas où la distinction anatomique entre ces deux espèces, que M. Cruveilhier a heureusement désignées par les expressions de polypes *implantés* et *ad utérins*, est difficile. Nous devons à l'obligeance de M. Huguier d'avoir pu examiner la pièce pathologique et le dessin d'une tumeur fibreuse pédiculée dont l'enveloppe utéro-muqueuse, épaisse et adhérente à toute la surface du corps fibreux, semblait au premier abord se confondre avec lui. Ce n'est qu'en exerçant des tractions, en décollant avec l'ongle, que l'on se rendcompte de la présence d'une masse centrale fibreuse, volumineuse et non implantée. (Voy. fig 3.)

une couche plus ou moins épaisse de tissu utérin, distendue par un corps fibreux primitivement développé dans l'épaisseur de l'organe, et qu'on peut en retirer comme un noyau de la substance qui le renferme (p. 76). » Levret a indiqué avec soin cette couche épaisse qui enveloppe si souvent les polypes; Vacoussain avait aussi remarqué qu'un polype qui excédait le poids de 2 livres était revêtu d'une forte membrane charnue (*Mém. de l'Acad. de chir.*), et M. Hervez, en 1827 (*op. cit.*), a beaucoup insisté sur ces rapports des polypes avec la membrane d'enveloppe, sur la véritable constitution anatomique du pédicule qui les retient encore à l'utérus; sur la nature *utérine* de ce pédicule.

Quelques mots sur l'évolution des tumeurs fibreuses vers l'utérus feront comprendre les points de détail. La première condition de l'évolution des polypes vers la cavité de l'utérus est leur siége primitif. Sans doute, certains corps fibreux nés assez loin de la surface muqueuse ont cependant gagné la cavité de l'utérus; mais, le plus ordinairement, ils ne déplacent, avec la muqueuse, qu'une couche relativement mince de la paroi musculaire de l'utérus. La pression continue de la paroi d'une part, la consistance même des polypes d'autre part, leur développement et enfin l'obstacle moindre qu'ils trouvent du côté de la cavité utérine, semblent être les principales conditions qui favorisent leur évolution. La saillie une fois établie du côté de la cavité de l'utérus, le corps fibreux a bientôt cessé d'être en contact immédiat avec la paroi utérine, et le pédicule est formé. Je possède une pièce sur laquelle un corps fibreux gros comme une noisette est pédiculisé; l'insertion est au fond de l'utérus, à gauche. Le pédicule se forme donc avant que le corps ait franchi le col. M. Malgaigne (*loc. cit.*) a insisté sur ce point, et nous croyons aussi qu'à part la striction qu'exerce quelquefois le col sur un point de la tumeur fibreuse et de l'élongation que cette striction peut lui faire subir, le col n'est pas

l'agent qui détermine la formation du pédicule. Nous pensons même que des tumeurs pédiculées restent longtemps dans la cavité de l'utérus, dont leur présence a déterminé l'élargissement avant que le col subisse les modifications qui leur permettront de le franchir.

Cependant le col se dilate, mais souvent fort lentement, et à regret, pour ainsi dire, étreignant plus ou moins le corps fibreux pédiculisé, et celui-ci fait enfin saillie à l'orifice externe. Jusque-là, la contraction de l'utérus, qui, dans les cas de tumeurs pédiculisées, s'hypertrophie généralement, a contribué à chasser le polype; mais bientôt, s'il arrive dans le vagin, c'est sous l'influence de la pesanteur qu'il continue à descendre et qu'il se présente, dans certains cas, à l'orifice de la vulve, et même entre les cuisses.

La caractéristique de ce nouvel état du corps fibreux est donc le pédicule. Nous verrons que c'est encore le pédicule qui doit attirer l'attention du chirurgien qui doit non-seulement chercher à en reconnaître le siége, *le point d'implantation*, mais encore l'épaisseur, la consistance, la longueur. Nous avions commencé à relever un assez grand nombre d'observations pour déterminer le siége du pédicule; le temps nous manque pour continuer ce travail. D'une manière générale, nous rappellerons qu'on observe des tumeurs pédiculées du corps et du col; celles-ci moins fréquentes de beaucoup dans les proportions que nous avons indiquées du reste en parlant du siége des corps fibreux.

Boyer admettait que le point d'implantation se fait le plus ordinairement au fond de l'utérus et entre les trompes, et Lisfranc confirme cette opinion en rapportant que sur 60 tumeurs qu'il a extirpées ou disséquées, 43 s'implantaient sur le point indiqué. Le même auteur (p. 74) cite le fait remarquable d'un polype très volumineux qui s'insérait latéralement à l'union du corps avec le col, et faisait à la fois saillie dans les deux cavités. Nous avons vu que c'est

un siége exceptionnel pour les tumeurs fibreuses, et par conséquent pour les polypes fibreux. Puisque les implantations dans le col sont rares, celles à la jonction du corps et du col plus rares encore, c'est donc dans le corps lui-même qu'il faudra s'attendre à trouver le point d'insertion du pédicule ; mais à moins de nous en rapporter aux indications générales du siége des tumeurs fibreuses, nous avouons être peu en mesure de donner des renseignements exacts sur ce point. Néanmoins nous serions très disposé à admettre avec M. Aran (*loc. cit.*, p. 836) que si l'implantation au fond de l'utérus est commune pour les fibroïdes qui se portent vers la cavité péritonéale ; pour ceux qui se portent du côté de la cavité de l'utérus, c'est la partie inférieure de la cavité du corps et plus particulièrement la paroi postérieure qui leur sert d'insertion. Du reste, une remarque que l'on ne peut s'empêcher de faire en lisant les observations, c'est que le chirurgien, lorsqu'il trouve le pédicule, ce qui constitue, comme on l'enseigne avec raison, le point capital du diagnostic, donne bien rarement l'indication précise du point d'implantation ; ce qui, d'ailleurs, n'a pas besoin d'être mathématiquement défini pour les besoins de la pratique.

La longueur du pédicule est très variable : les uns sont à peine distincts du corps de la tumeur, d'autres présentent jusqu'à 2 et 3 pouces de longueur (Dupuytren). Cette longueur du pédicule doit être évidemment en rapport avec le chemin parcouru par le polype ; mais nous devons rappeler ici qu'il y a des tumeurs encore en contact par un point de leur hémisphère avec le tissu de l'utérus, et que leur accroissement, plus encore que leur pédicule, a rapprochées du col de l'utérus.

L'épaisseur et la consistance du pédicule seraient par conséquent en raison inverse de leur longueur ; néanmoins chacun sait que la consistance des pédicules des polypes

fibreux est en général assez grande pour qu'ils cèdent difficilement aux tractions les plus fortes. C'est même là ce qui rend la torsion une mauvaise méthode ; il faut bien se rappeler en effet que le pédicule est formé par du tissu utérin, et si l'on se souvient aussi que le tissu de l'utérus est hypertrophié, qu'il tend par conséquent à revêtir cette disposition en couches imbriquées, mais séparables par déchirures, ainsi qu'on le voit quand on dissèque des utérus gravides, on comprendra tous les dégâts que l'on pourrait opérer en voulant tordre un pédicule épais et résistant. Il ne faudrait pas croire du reste qu'un polype qui a franchi le col et qui est dans le vagin ait pour cela acquis la forme en poire due à l'étirement, à l'allongement du pédicule ; il en est qui se développent en forme de cylindre, restent appliqués par une de leurs extrémités sur le point de la surface utérine où ils ont pris naissance. Il existe au musée Dupuytren (n° 361) un exemple de cette forme. Nous en avons un autre (n° 3) ; cette forme de polypes fibreux sessiles est importante à considérer au point de vue pratique ; ceux que j'ai pu observer avaient une enveloppe relativement épaisse.

Il est un point qui a préoccupé les auteurs et a fourni matière à diverses interprétations, c'est la présence des vaisseaux dans le pédicule et leur mode de connexion avec le polype.

Presque tous les chirurgiens ont signalé la présence de vaisseaux dans le pédicule; si l'on réfléchit que la muqueuse utérine qui forme la couche enveloppante du pédicule et du corps fibreux contient des vaisseaux en abondance dans l'état normal, que l'hypertrophie, l'excitation de l'utérus augmentent sa vascularisation, on comprendra aisément que l'on ait pu sentir des battements dans le pédicule. Mais y a-t-il des vaisseaux qui occupent le centre du pédicule ordinairement fibro musculaire et du reste constitué par des fibres utérines adossées les unes aux autres par le fait même de son élongation ? Y a-t-il des vaisseaux qui

descendent de l'utérus à travers le pédicule pour se rendre, non plus à l'enveloppe du corps fibreux, mais à ce corps lui-même? Bayle, Dupuytren, Breschet, en ont rapporté des exemples, M. Hervez (*op. cit.*) a nié cette disposition, et j'avoue ne pas avoir trouvé de renseignements bien nets sur ce sujet dans les observations plus modernes.

Du reste, ce qu'il y a d'important à constater, c'est qu'il peut y avoir des vaisseaux dans le pédicule ; il est à peu près indifférent qu'ils appartiennent à l'enveloppe du corps fibreux, ce qui est le fait habituel, plutôt qu'à ce corps lui-même. Ces vaisseaux, d'après les dissections de MM. Velpeau et Hervez de Chégoin, ne seraient jamais volumineux (Velpeau, *Op. cit.*, p. 394).

Le pédicule n'est donc en définitive qu'une portion de l'enveloppe empruntée à l'utérus par le corps fibreux, moins ce corps fibreux. Mais ne pourrait-il pas arriver que le corps fibreux comprimé par le col se prolongeât, pour ainsi dire, dans la partie supérieure et rétrécie de son enveloppe, dans le pédicule? Dupuytren l'a signalé dans ses observations, et nous avons déjà indiqué les déformations que le col peut faire subir au corps fibreux ; ces dispositions qui ont pu faire prendre le change au chirurgien, et le conduire à lier le corps fibreux dans une partie de son épaisseur, devront être rappelées quand nous parlerons de l'opération, mais ne changent en rien à ce que nous venons de dire sur la constitution anatomique du pédicule.

L'enveloppe du corps fibreux mérite aussi d'être étudiée: nous savons qu'elle est constituée par la muqueuse de l'utérus toujours doublée d'une couche de tissu utérin. Ordinairement amincie à l'extrémité périphérique, elle peut s'ulcérer; M. Huguier nous en a montré un exemple ; d'autres fois le contact permanent établi entre cette muqueuse et celle de l'utérus ou du vagin détermine des adhérences secondaires souvent résistantes. Le fait bien connu de Bérard, d'une adhé-

rence vaginale contractée par un polype, nous en offre un exemple. Les adhérences dans l'utérus sont beaucoup plus communes.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit de la forme, du volume, du nombre, etc.; nous ferons seulement remarquer que si l'on trouve quelquefois dans les autopsies des polypes muqueux et un polype fibreux dans la même cavité, il est plus que rare de trouver deux polypes fibreux à la fois; je n'en ai pas rencontré d'observations. Quant au volume, il peut devenir énorme, et c'est aux tumeurs fibreuses qu'il faut rapporter la plupart des cas de polypes très volumineux cités par les auteurs.

Nous venons de voir des tumeurs fibreuses réduisant au seul pédicule leurs connexions avec le tissu où elles ont pris naissance, se développer ultérieurement dans les cavités utérines et le plus souvent traverser chacune de ces cavités et le conduit vaginal, paraître à l'extérieur et s'offrir pour ainsi dire à l'opération.

Les interstitielles, au contraire, dans leur développement vers la cavité de l'utérus, ne nous offrent à étudier qu'un seul phénomène, le mode d'envahissement de cette cavité. Nous avons déjà indiqué (voy. p. 13) les différences absolues qui séparent à ce point de vue les tumeurs interstitielles du fond de l'utérus et celles des parois. Ajoutons-y une autre différence, c'est que les tumeurs interstitielles du fond de l'utérus peuvent, dans certains cas, comme les tumeurs pédiculées, paraître à la vulve; mais pour cela il faut qu'elles entraînent la paroi tout entière et produisent le renversement de la matrice. Les tumeurs pédiculées du fond amènent assez souvent le renversement, mais il est moins complet, et, de plus, la présence du pédicule change entièrement les conditions. Dans le cas de renversement avec tumeur sessile du fond, il n'y a pas de pédicule, et il est impossible de savoir sans dissection où est le *fond*

de l'utérus. Nous avons vu, en 1857, un fort bel exemple de cette espèce, recueilli dans les salles de M. Velpeau ; nous aurons à en citer plusieurs autres. Déjà nous avons fait observer l'amincissement quelquefois considérable du fond, ajoutons qu'il n'en est pas toujours ainsi, ce qui donne, pour certains cas, l'espoir que la partie inférieure de l'enveloppe, étant sans cesse poussée vers l'axe du col utérin, ces tumeurs pourraient s'énucléer spontanément (voy. fig. 5). Il est une manière d'être de ces tumeurs beaucoup plus curieuse encore, c'est le cas représenté dans l'atlas de M. Cruveilhier (XI[e] livr., p. 45), dans lequel la tumeur qui avait dédoublé le fond de l'utérus en deux lames d'égale épaisseur, surmontait le fond de l'organe sans rétrécir sa cavité qui avait pu suffire au développement régulier d'une grossesse normale et menée à terme. Ces tumeurs très régulièrement sphériques sont assez facilement énucléables. Il n'en est pas de même de celles qui se développent dans l'une ou l'autre paroi, et y acquièrent un grand volume, si nous en jugeons par ce qui a été observé dans les opérations tentées pour les extraire ; mais les détails anatomo-pathologiques manquent presque entièrement pour éclairer cette question. Leur évolution se fait d'abord en longueur, elles prennent une forme ovoïde, puis elles proéminent vers la cavité utérine, empiètent sur le fond, lorsque la paroi d'origine ne leur suffit plus ; c'est ce que l'on voit sur la pièce de Blandin, n° 372. D'autres fois c'est sur le col que se prolonge le dédoublement de la paroi, mais ce dédoublement bien démontré sur la fig. 6 empruntée à la thèse de M. Jarjavay, n'existe pas sur celle de Blandin où le col a même toute sa longueur, et est exactement fermé. Ces tumeurs interstitielles, en se développant vers la cavité utérine l'effacent ou l'aplatissent, quelquefois d'une manière permanente en provoquant des adhérences (1).

(1) Dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Chassaignac (*Bull.*, t. XVIII, p. 10) une tumeur interstitielle d'un volume considérable avait

Les tumeurs interstitielles sont quelquefois multiples : la fig. n° 5 de la thèse de M. Jarjavay représente la disposition la plus curieuse à cet égard; chacune des parois contient une très volumineuse tumeur interstitielle qui en occupe la hauteur et réduit la cavité utérine à une sorte de fente médiane, et dans le fond sont logées deux tumeurs également interstitielles. C'est évidemment une disposition impossible à diagnostiquer, les parois externes de l'utérus sont assez épaisses même au fond où elles le sont moins. Nous n'avons certainement donné qu'une ébauche de la description anatomique des tumeurs interstitielles volumineuses; et nous ne devons pas craindre de déclarer qu'il manque encore aujourd'hui des pièces anatomiques et des descriptions bien faites qui permettent d'être plus complet. Nous pouvons nous résumer ainsi : Les tumeurs interstitielles du fond doivent être distinguées de celles des parois : par leur mode d'évolution qui se fait de haut en bas dans l'axe de la cavité utérine, par leur forme globuleuse, parce qu'elles peuvent paraître à la vulve en entraînant le fond de l'utérus; enfin parce qu'elles envahissent la cavité de l'utérus à la manière du produit de la conception. Le doigt ne peut, du reste, explorer qu'une partie minime de leur surface, car il est arrêté par le cul-de-sac circulaire, dû à la réflexion de la paroi utérine dédoublée. On ne peut apprécier ni prévoir l'état de leurs parois ; l'utéro-péritonéale est souvent d'une excessive minceur. Les tumeurs interstitielles des parois se portent au contraire vers la cavité utérine dans le sens antéro-postérieur ou réciproquement; elles l'aplatissent en forme de rigole très allongée. Quand le doigt ou la sonde peuvent pénétrer dans cette rigole, ils parcourent toute l'étendue d'une

refoulé la cavité de l'utérus sur sa partie latérale gauche; des adhérences unissaient ses parois.

de leur face. Ces tumeurs peuvent empiéter successivement sur le fond de l'utérus ou sur le col qu'elles dédoublent; elles ne se présentent du reste à l'intérieur que par une de leurs extrémités. L'état de leurs parois ne peut être apprécié ; on a dit qu'en général la paroi utéro-péritonéale s'hypertrophiait, mais il manque de renseignements précis à cet égard, de même que sur leur énucléabilité. Il peut se développer simultanément deux ou plusieurs tumeurs interstitielles. Nous noterons, à propos des petites tumeurs interstitielles de la paroi postérieure, que la saillie qu'elles font souvent vers le cul-de-sac utéro-rectal en impose très facilement par le toucher simple pour une rétroflexion : c'est un fait que nous avons eu assez souvent occasion d'observer. Il existe aussi des tumeurs interstitielles du col : celles qui se développent en pleine épaisseur de cette partie de l'utérus, et déterminent son hypertrophie comme dans les deux cas de M. Huguier, figurés par M. Jarjavay, fig. 8 et 9, sont opérables ; quant aux tumeurs qui se développent dans le col en écartant ses parois, il faut bien les distinguer de celles qui font saillie dans les culs-de-sac du vagin, et surtout dans le cul-de-sac postérieur qu'elles soulèvent.

Symptômes. — L'absence de symptômes n'est pas un fait rare dans l'histoire des corps fibreux en général, mais il le devient beaucoup plus, lorsque l'on sépare, comme nous le faisons, les corps sous-péritonéaux de ceux qui se développent vers la cavité ou dans la cavité utérine. Par une heureuse mais insuffisante compensation, les symptômes manquent plus souvent pour les interstitiels. C'est là une opinion exprimée assez souvent par les auteurs et les cliniciens les plus habiles, pour qu'elle puisse passer comme démontrée, nous en citerons des faits. Toujours est-il cependant qu'à une

époque du développement des corps fibreux que l'on ne peut déterminer, on voit survenir lentement, graduellement, tantôt mais très exceptionnellement d'une manière brusque, les accidents qui constituent les signes rationnels de l'affection. Comme fait de début brusque, je noterai celui-ci, il est d'autant plus intéressant qu'il a trait à une tumeur interstitielle. Dans l'observation II du mémoire d'Amussat, la femme qui en fait le sujet, alors âgée de cinquante ans, était malade depuis deux ans. A quarante-huit ans, étant encore réglée, et se trouvant dans l'intervalle d'une époque, elle se sentit subitement mouillée de sang en faisant des efforts pour aller à la garderobe; ce fut ensuite aux époques que se montrèrent les hémorrhagies qui ne cessèrent pas depuis, mais elle n'avait jamais eu de douleurs, et n'en avait pas encore lorsqu'elle consulta M. Amussat. C'est un fait exceptionnel en plusieurs points que je n'ai voulu donner que comme exemple d'un début brusque, par celui des symptômes rationnels qui a le plus de valeur. Les douleurs de reins, les pesanteurs, la leucorrhée, etc., ont une valeur d'autant moindre qu'elles conduisent plus rarement à l'examen direct, seul juge en dernier ressort. L'hémorrhagie utérine affecte-t elle un mode particulier dans ces cas? « Dans la moitié des cas, dit M. Aran (*Leç. clin.*, p. 838), les règles deviennent beaucoup plus abondantes que de coutume, se prolongent beaucoup plus que d'habitude, et se reproduisent à des intervalles plus rapprochés; dans quelques cas, enfin, les hémorrhagies se montrent à d'autres époques que celles des menstrues, et il faut bien avouer que ces hémorrhagies utérines intermédiaires sont propres à égarer le médecin et à diriger son attention vers d'autres affections que les fibroïdes de l'utérus. »

L'interrogation des malades et la lecture des observations, apprennent, en effet, que très souvent l'exagération du flux menstruel marque le commencement de la maladie et

c'est que le meilleur signe à l'aide duquel ou puisse en rechercher le début. Je me suis même demandé si, chez certaines femmes, qui ayant dépassé l'âge de la ménopause, vivent sans accidents utérins, mais ont eu à l'époque de transition des hémorrhagies menstruelles graves, les corps fibreux n'ont pas joué un certain rôle? Cette augmentation dans l'écoulement sanguin menstruel porte du reste plus encore, peut-être, sur la durée que sur la quantité dans un temps donné, et le rapprochement de l'époque qui s'ensuit, la grande quantité de sang perdu ou une hémorrhagie intermédiaire, décident la malade à consulter. Mais il a pu se passer un long espace de temps entre le premier trouble menstruel et les accidents actuels.

Ainsi, le fait de la coïncidence fréquente des premières hémorrhagies avec l'époque menstruelle, doit donner l'éveil au chirurgien, surtout lorsque les accidents ont suivi une progression régulièrement croissante. Ce symptôme s'applique aussi bien dans sa généralité aux tumeurs interstitielles, qu'aux polypes encore contenus dans le corps de l'utérus; les premières cependant le provoqueraient moins sûrement. A côté de ces symptômes réguliers du début, nous devons noter quelques autres moins ordinaires, mais observés par plusieurs médecins. Nous indiquerons en premier lieu la dysurie ou la rétention d'urine.

Elle peut précéder l'hémorrhagie, ou bien être le premier symptôme qui décide la malade à appeler le chirurgien, comme le rapporte M. Hervez dans une de ses observations (*loc. cit.*, p. 99); d'autres fois ce sont des troubles de la miction, notés vingt et une fois sur quarante malades par West, mais ce qui rend l'étude de ce symptôme fort intéressante, c'est que tous les auteurs ont remarqué que la rétention d'urine ou la dysurie n'étaient pas en rapport avec le volume de la tumeur. Ce la tiendrait-il, comme le suppose M. Aran (p. 810), à ce que l'antéflexion naturelle est exagérée par la tumeur,

et que celle-ci presse sur la vessie; ou bien à ce que l'utérus, élevé par la tumeur, a entraîné la vessie et changé les rapports du bas-fond et du col uréthral (Nélaton, *Cliniques*, par Walth. Atlee, p. 707). Ce chirurgien donne, dans ce même recueil, l'observation d'une femme âgée de quarante ans, qui n'avait eu aucune hémorrhagie, et dont la tumeur fibreuse utérine se révéla par l'impossibilité de la miction, malgré le siége de la tumeur dans la paroi postérieure. La constipation est un phénomène beaucoup plus rare ou moins observé, surtout au début; cependant nous emprunterons encore à M. Nélaton une observation fort intéressante dont nous avons déjà parlé, de tumeur fibreuse utérine ne *se manifestant que* par une constipation absolue, due à un aplatissement tel du rectum qu'une sonde n'y pouvait passer. Le chirurgien fut forcé de faire un anus artificiel; la malade mourut huit jours après. A ces symptômes, il faut joindre un écoulement glaireux ou sanguinolent, qui quelquefois devient fétide, mais qui existe surtout lorsque la tumeur a franchi le col où y est engagée. Avant cette période, surviennent des douleurs qui d'abord ne sont que mécaniques, si je puis ainsi dire, c'est-à-dire produites par l'augmentation de poids et de volume de l'organe utérin: pesanteur, tiraillement dans les aines, douleurs lombaires, etc.; mais surtout se montrent de véritables douleurs expultrices exactement analogues à celles qui préparent et accomplissent l'accouchement, et que l'on peut observer pour les interstitielles comme pour les pédiculées. Elles constituent un tourment affreux à cause de leur durée, qui, on le conçoit, peut être fort longue, soit qu'il s'agisse d'un polype auquel le col résiste, et surtout d'une grosse tumeur interstitielle sur laquelle l'utérus exerce en vain sa puissance expulsive.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur pédiculée qui, s'engageant dans le col, commence à le dilater à la façon d'un coin, les symptômes que nous venons d'étudier sont-ils modifiés? Ce

que nous devons dire de plus général à ce sujet, c'est qu'ils sont plus constants, et que souvent même, ainsi que nous l'avons observé, ils ne commencent qu'à ce moment.

Une observation, empruntée à M. Marcé (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1855), peint d'une manière exacte ce qui se passe dans beaucoup de cas : « Une femme de quarante-cinq ans, vit, il y a trois ans, ses règles se déranger. Chaque époque fut bientôt signalée par de véritables hémorrhagies, avec issue par le vagin de caillots volumineux. Il y a deux ans, vives douleurs lombaires, comme pour accoucher. La tumeur vient dans le vagin ; dès lors, *hémorrhagies irrégulières*, pertes blanches, douleurs abdominales et lombaires. » Il y a cependant dans cette période des cas où la femme souffre peu ou point, et n'a guère d'autre avis d'un dérangement de santé que des fleurs blanches plus ou moins abondantes. Mais si le col utérin a résisté plus longtemps, et si le polype a pris dans la cavité de l'utérus un volume assez considérable pour que son passage dans le vagin devienne difficile ou impossible spontanément (de même, du reste, que dans le cas de grosses tumeurs interstitielles faisant saillie dans la cavité de l'utérus), cet état anormal de plénitude du corps développera la plupart des phénomènes sympathiques de la grossesse. Il entretiendra de plus des hémorrhagies quelquefois continues ou reliées les unes aux autres par un écoulement blanc abondant ; il exposera la malade à de sérieux dangers, dont le premier est l'anémie profonde dans laquelle elle est jetée, et préparera au chirurgien des embarras quelquefois insurmontables.

La tumeur pédiculée ne suit pas, du reste, toujours la même marche, et son apparition à la vulve peut être brusque, instantanée, se faire à la suite d'un effort. J'en trouve un exemple sous mes yeux : une tumeur fibreuse, grosse comme la tête d'un enfant, s'était subitement montrée à la vulve

après un effort; M. Thierry l'opéra. (Broca, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1859, p. 25.)

Je ne veux pas dire que l'état grave que je viens de décrire tout à l'heure ne se montre pas aussi pour les tumeurs qui sont engagées dans le col, ou même qui sont dans le vagin. Ces tumeurs occupent souvent d'ailleurs, à la fois le vagin et le col, le col et le corps, les longs pédicules n'étant pas communs. Mais, bien que la gravité des hémorrhagies soit plus grande parce qu'elles deviennent plus fréquentes et plus abondantes; que l'écoulement intermédiaire soit plus abondant encore et que la tumeur, plus rapprochée de l'extérieur, soit exposée à des contacts, à des influences qui peuvent déterminer son inflammation; que la vessie et le rectum souffrent cette fois par action compressive et qu'il se joigne même à tous ces dangers celui de la modification putride des humeurs sécrétées qui croupissent plus ou moins au contact de l'air, prennent souvent une odeur infecte, et exposent la malade aux accidents de résorption; ces tumeurs étant accessibles au chirurgien, n'en laissent pas moins aux malades les meilleures chances de guérison. C'est dans ces cas, en effet, que l'opération a pu faire de véritables résurrections; et, chose remarquable, c'est que la majorité des malades opérées, lorsque le pédicule de la tumeur est facilement accessible, guérissent presque toutes et très simplement.

Nous devons noter que souvent à cette période l'utérus est à demi renversé, ce que l'on est souvent appelé à vérifier après l'opération, alors que le pédicule étant réséqué, le fond de l'utérus remonte instantanément dans la cavité abdominale.

Levret, qui avait pensé que l'hémorrhagie devait s'expliquer dans ces cas par la striction que le col exerce sur le pédicule et l'engorgement des vaisseaux de retour, a conduit les auteurs à discuter le point d'origine et la cause de l'hémor-

rhagie. Ces deux questions me semblent faciles à résoudre dans l'état de nos connaissances actuelles: l'utérus et surtout sa muqueuse se sont vascularisés sous l'influence du corps étranger qui habite sa cavité, et c'est cette muqueuse (celle du corps) qui verse le sang des hémorrhagies, de même que c'est de sa surface que s'exhale le sang menstruel. La muqueuse qui enveloppe le corps fibreux doit y contribuer aussi; nous avons cité un cas où l'on y voyait de véritables sinus veineux. C'est donc l'activité fonctionnelle de l'organe qui dans ces cas morbides entraîne l'hémorrhagie, de même qu'elle la produit dans l'état normal; si cette activité fonctionnelle vient à cesser par suite de l'absence de la cause, l'hémorrhagie cesse. C'est ce qui explique comment la simple application de la ligature qui interrompt brusquement la continuité établie entre l'utérus et le polype par l'intermédiaire de son enveloppe pédiculée, a quelquefois amené la cessation des hémorrhagies avant la chute de la tumeur.

Ce sont les signes sensibles qui vont nous fournir les indications précises dont a besoin le chirurgien, et nous conduire au *diagnostic* des tumeurs fibreuses pédiculées et interstitielles d'abord, et plus tard, au *diagnostic* différentiel.

Signes sensibles. — C'est au toucher vaginal qu'il faut avoir surtout recours, et je ne saurais trop insister en commençant sur le soin minutieux qu'il faut apporter dans la pratique de cette opération.

Mais pour que nous puissions à l'aide de cet examen poser des règles utiles au diagnostic, il faut tenir compte des différentes périodes déjà indiquées dans l'histoire des symptômes généraux. Si la tumeur, pédiculée ou non pédiculée, s'est développée dans le corps et y est incluse, si le toucher est pratiqué en dehors de l'époque menstruelle, il n'apprendra rien sinon que le corps de l'utérus a augmenté de volume. Si cette augmentation de volume est régulière, si

après avoir exploré par la palpation abdominale que l'on doit toujours combiner au toucher vaginal, si le toucher rectal étant également fait, on ne sent pas de bosselures caractéristiques, il faut attendre pour se prononcer. Il faut attendre même si la tumeur était inégale et si la série de symptômes rationnels accusés par la malade donnait les plus fortes présomptions. Mais jusqu'à quel moment faut-il temporiser ? Jusqu'à la prochaine hémorrhagie ou jusqu'à la prochaine époque menstruelle. Ce qui crée toute la difficulté, c'est que le col a conservé toute sa longueur et qu'il est fermé; vienne une des circonstances indiquées, il s'ouvre comme il arrive du reste dans la menstruation normale, et souvent même la tumeur fibreuse, si elle est pédiculée, s'engage en partie dans sa cavité et semble passer à la deuxième période. Si l'on rencontre cette disposition, la consistance de la masse qui se présente, jointe aux symptômes antérieurs, feront reconnaître une tumeur fibreuse et soupçonner qu'elle est pédiculisée. Mais le col se refermera et la tumeur sera encore une fois emprisonnée dans le corps jusqu'à ce qu'elle ait définitivement franchi son orifice interne. Dupuytren (*loc. cit.*, p. 334) a insisté sur ce phénomène; je le trouve encore indiqué dans un mémoire de Gensoul (*Revue médico-chirurg.*, 1851), M. Aran y insiste beaucoup, et dans une très bonne thèse (1857), mon ami, le docteur Bernaudeaux, donne une observation (p. 48) où ce phénomène se reproduisit à deux reprises en sept mois, pour un polype fibreux qui, en définitive, était encore dans la cavité de l'utérus au huitième. Si bien que si la malade avait été examinée pour la première fois, à cette époque il eût été difficile de rapporter à leur véritable cause les accidents qu'elle accusait.

Mais le diagnostic n'est qu'imparfaitement résolu, même si l'on a constaté ce phénomène, si l'on a touché la tumeur; on ne peut savoir, en effet, d'une manière précise si elle est pédiculée ou interstitielle; une tumeur interstitielle du fond

de l'utérus pourrait en particulier venir ainsi appuyer sur le col lorsqu'il se dilate, d'autant mieux qu'à l'époque des règles ces malades ont le plus souvent de fortes coliques, quelquefois même des coliques expultrices qui cessent après l'hémorrhagie, ce qui peut être utilisé pour le diagnostic de cette espèce de métrorrhagie.

Si les accidents ne sont pas pressants, on pourrait, comme Bayle, patienter pendant deux années et faire à la fois le diagnostic et le traitement lorsque la tumeur aura franchi le col. Mais si les accidents pressent, il faut être renseigné et chercher le pédicule, caractère différentiel pathognomonique des deux espèces de tumeurs qui peuvent produire ces accidents. Comment y arriver? Scanzoni propose de saisir la tumeur avec des pinces de Museux et d'essayer de lui imprimer un mouvement de rotation : c'est un moyen de diagnostic dont rien ne contre-indique l'essai. D'autres, et Simpson en particulier, dilatent le col avec l'éponge préparée, ou le forcent avec un dilatateur ; mais il faut être pour cela décidé à faire du même coup le diagnostic et l'opération. Nous pensons que la difficulté même de reconnaître à quel genre de tumeur on a affaire, commande une plus grande réserve. M. Huguier se sert, en pareil cas, de la sonde utérine, et je crois que c'est là le meilleur mode d'exploration à employer pour aller à la découverte de la pédiculisation dans un cas semblable. L'application de cet instrument en pareil cas, me paraît entièrement justifiée et moins dangereuse que les autres moyens dont nous avons parlé. A son aide on pourra se rendre compte du siége de la tumeur, circonscrire le pédicule et, si elle est interstitielle, déterminer sa position en combinant, avec le toucher utérin, le toucher rectal et la palpation abdominale. En dehors des accidents pressants dont je viens de parler, il doit suffire au chirurgien d'avoir constaté la cause matérielle de l'hémorrhagie, de la modérer par les moyens dont nous rap-

pellerons l'ordre, et d'observer sa malade en répétant fré quemment le toucher, comme l'a recommandé Bayle.

Nous avons encore à examiner deux points du diagnostic : la tumeur est descendue dans le col ou dans le vagin ; ou la résistance du col l'a retenue dans l'utérus malgré son énorme développement.

Quand la tumeur est descendue dans le col ou dans le vagin, c'est encore le pédicule qu'il faut chercher : nous savons, en effet, que des tumeurs interstitielles peuvent se montrer à l'extérieur en renversant la matrice.

Nous supposons toujours que l'on sait avoir affaire à une tumeur fibreuse, ne voulant comparer pour le moment que les tumeurs interstitielles utérines et les tumeurs pédiculées. Le point capital de l'exploration c'est celle du col utérin; tous les chirurgiens ont reconnu la valeur de ce précepte établi par Antoine Dubois. Cette exploration comprendra sa face externe et les culs-de-sac, sa cavité. La première fera reconnaître que la tumeur qui proémine dans le vagin n'est pas née entre le rectum et l'utérus, comme il y en a plusieurs exemples, ou bien encore, chose plus rare, entre la vessie et l'utérus. L'exploration de la cavité fera voir que la tumeur vient bien de la cavité de l'utérus : il restera à déterminer de quel point de cette cavité ; à étudier la longueur, le degré de résistance du pédicule. Nous aurions voulu rappeler toutes les observations où le chirurgien a consigné qu'il n'avait pu préciser le siége de l'implantation, ces cas sont certainement les plus nombreux ; mais heureusement ce n'est pas là ce qu'il importe de connaître : ce qu'il faut pouvoir bien apprécier, c'est qu'il y a un pédicule, quelle est son épaisseur, quelles sont ses connexions avec la paroi de l'utérus. Il y a pédiculisation, ainsi que nous l'avons dit, toutes les fois que la tumeur est surajoutée à la paroi comme si elle y était collée par un point peu étendu de sa circonférence qui s'en distingue par une rainure circulaire, sans en être pour cela isolée par un cordon pédicu-

laire. Le pédicule, dans ces cas, est large; mais la tumeur s'isole bien du tissu utérin, et l'on peut songer à l'opération. Mais ce pédicule peut, au contraire, être de la largeur même de la tumeur, bien que celle-ci soit en saillie, quelquefois considérable, comme dans la fig. n° 1 de la thèse de M. Jarjavay, dans laquelle la couche de tissu utérin est, du reste, très épaisse, et l'on observe dans notre fig. 3 la même disposition; le polype, en un mot, est sessile, à base large et non mobilisable. Il est difficile de donner un précepte à ce propos. Il y a bien des cas en chirurgie qui dépendent de l'inspiration du moment; mais, règle générale, les tumeurs sessiles et volumineuses doivent laisser du doute au chirurgien sur leur véritable mode de connexion avec la paroi, sur l'épaisseur de leur enveloppe utérine et sur la difficulté de leur extirpation. Nous avons fait allusion tout à l'heure à une autre espèce de tumeur non pédiculisée venant faire saillie dans le vagin, ce sont celles du fond entraînant le renversement de l'organe. C'est, en effet, avec le renversement utérin qu'elles ont été confondues, et nous les étudierons en nous occupant plus loin de ce renversement si important à considérer dans ces cas. Somme toute, lorsqu'une tumeur fait saillie au col de l'utérus ou dans le vagin, le chirurgien peut arriver à en trouver le pédicule avec le doigt; mais lorsqu'elles sont volumineuses, il faut souvent employer des manœuvres particulières, toucher alternativement d'un côté et de l'autre de la tumeur, en se servant successivement de l'une et de l'autre main, et dans certains cas même introduire la main tout entière pour aller à sa découverte. Cette manœuvre, souvent très pénible, pourra nécessiter l'emploi du chloroforme, elle retrouve du reste son application pour les tumeurs incluses dans l'utérus, dont nous avons à parler. Enfin, si tous ces moyens ne suffisaient pas, on a proposé d'abaisser la tumeur avec le forceps et de l'amener à la vulve, ce qui, entre autres inconvénients, conduit au renversement de l'utérus, mais pourra aussi constituer une

ressource. Nous voyons déjà que même pour les tumeurs descendues dans le vagin, le diagnostic de la pédiculisation pourra être entouré de difficultés très sérieuses. Les difficultés peuvent devenir insolubles si la tumeur est encore retenue dans l'utérus.

J'ai dit que d'une manière générale le cathétérisme de l'utérus permettait de savoir si le corps fibreux était interstitiel ou s'il était pédiculisé, mais il faut supposer, pour son application, ainsi que je l'ai fait plus haut, que la tumeur se laisse bien circonscrire; l'on peut encore admettre avec M. Amussat, que lorsque le col de la matrice est dilaté et que le chirurgien peut atteindre avec son doigt jusqu'à la tumeur, il parviendra toujours à reconnaître si elle est libre ou placée dans les parois de l'organe. Mais le col peut être fermé, il peut y avoir des adhérences, on peut même ne pas retrouver la cavité de l'utérus. Je ne veux pas dire que le diagnostic des tumeurs qui ont rempli la cavité de l'utérus, après s'y être préalablement pédiculisées, et celui des tumeurs qui l'ont entièrement effacé en en dédoublant le fond ou les parois, ne soient pas faisables, mais ils m'ont semblé devoir être difficiles dans certains cas, impossibles dans d'autres. Du reste, lorsque la cavité de l'utérus ou les restes de cette cavité pourront être explorés, l'introduction de la sonde ou du doigt aidée de la palpation abdominale et du toucher rectal, fait bien voir que l'on a affaire à un corps interstitiel, c'est-à-dire à une tumeur qui ne peut être explorée que par une seule de ses faces dans l'utérus, mais il reste encore à s'assurer s'il n'existe pas de bosselures surajoutées, comme dans les observations d'Amussat et de Lisfranc, et à se rappeler que ces bosselures peuvent faire partie de la masse principale, et avoir singulièrement aminci le point de la paroi utérine qui leur correspond.

Le diagnostic, pour être complet, nécessiterait aussi la

connaissance exacte des limites de la tumeur, ce qu'il est presque impossible de savoir quand le volume en est considérable. Enfin, lorsque le chirurgien a pu s'assurer autant qu'il est possible des caractères de la tumeur considérée en elle-même, il devrait songer à rechercher quel est l'état des parois qui la contiennent, et surtout de la paroi utéro-péritonéale; cette recherche est, on le conçoit, d'une difficulté absolument insurmontable. Je ne puis que rappeler qu'on la dit épaissie dans plusieurs examens anatomiques comme dans les cas suivants (obs. Barth, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1850, p. 82; Magistel, *Revue méd.*, t. IV, p. 478; Maisonneuve, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1851, p. 267; pièce anatomique); mais cet épaississement n'a pas toujours été noté. Enfin, il n'est pas moins impossible de déterminer à l'avance si ces tumeurs sont énucléables ou adhérentes à leur coque. (Huguier, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1849.)

Nous n'insisterons pas maintenant sur le diagnostic des tumeurs du col, il est toujours assez facile de le faire avec le doigt et d'arriver à déterminer leur mode de connexion avec cette partie de l'utérus, mais il faut surtout bien se préoccuper de savoir si ces tumeurs lorsqu'elles sont interstitielles, se sont développées vers la cavité du col seulement, ou bien aussi vers le péritoine, auquel cas leur extirpation exposerait aux plus grands dangers.

Le diagnostic des tumeurs fibreuses utérines (interstitielles et polypes) est encore entouré de bien d'autres difficultés. Nous avons, en effet, supposé, pour comparer nos deux espèces, que la nature de la maladie était reconnue; mais cette notion peut manquer, car ces tumeurs ont été confondues avec la plupart des affections de l'utérus ou de ses annexes, entraînant la formation de tumeurs ou de tuméfactions, et même avec des tumeurs nées dans le voisinage de l'utérus. Les tumeurs contenues dans l'uté-

rus ou dans ses parois, avec la grossesse; les tumeurs qui paraissent à la vulve ou descendent dans le vagin, avec la descente et le renversement de l'utérus, avec le cancer de cet organe; les tumeurs interstitielles peu volumineuses de la paroi postérieure, avec la rétroflexion; celles qui se développent du côté du péritoine, avec l'hématocèle rétro-utérine; celles qui sont restées enclavées dans le petit bassin, avec des tumeurs solides, avec des kystes de l'ovaire; enfin, dans certains cas de suppuration qui appartiennent surtout aux tumeurs interstitielles, comme nous le dirons, on a pu croire à des tumeurs fluctuantes, aiguës, péri-utérines.

Nous étudierons tous ces points après avoir donné la description des tumeurs sous-péritonéales. La marche, la durée, le pronostic et les terminaisons des tumeurs fibreuses utérines, interstitielles et pédiculisées, vont maintenant nous occuper.

Sur la marche et la durée des tumeurs fibreuses, nous n'ajouterons rien aux renseignements généraux déjà fournis par l'étude de ces corps. Il est difficile, du reste, étant donné un corps fibreux de l'utérus, de dire quelle sera la durée de la maladie, et quelle peut en être la terminaison. Indépendamment de ces cas, dans lesquels on reconnaît l'existence de ces tumeurs. Seulement après la mort, on peut dire que souvent c'est par dix et vingt années que l'on compte l'apparition des premiers phénomènes de la maladie. Il suit de là que, bien différentes en cela des affections cancéreuses, les tumeurs fibreuses de l'utérus n'ont que peu de tendance à augmenter et à s'accroître. Cette tendance se mesure, du reste, principalement par les conditions dans lesquelles la femme se trouve au point de vue de la vie sexuelle. Chez les femmes jeunes, chez celles qui sont bien réglées, le développement des corps fibreux se fait d'une manière plus rapide que chez les femmes âgées et non menstruées. Ces opinions, que j'em-

prunte à M. Aran, résument la pensée la plus générale des praticiens. M. Nélaton insiste souvent, dans ses cliniques, sur cette liaison de la tumeur fibreuse, au point de vue de sa marche avec l'état fonctionnel de l'utérus, et sur l'arrêt fréquent des accidents après la ménopause. (*Gaz. des hôp.*, 1856, p. 362.)

Nous allons, du reste, étudier cette question, dans le chapitre des *terminaisons*.

Terminaisons.— Les corps fibreux développés dans l'utérus ou dans ses parois peuvent menacer la vie de diverses manières; nous savons déjà que l'hémorrhagie est la plus menaçante des causes de mort, mais les tumeurs fibreuses peuvent encore amener une terminaison fatale en réagissant sur les organes voisins jusqu'à les détruire. Le cas de perforation du vagin cité par Roux dans son mémoire est bien connu, il n'avait pas entraîné d'accidents sérieux; mais il n'en fut pas de même dans les cas de perforation de la cloison vésico-vaginale avec pénétration dans la vessie, dont je trouve deux exemples dans la *Clinique de Lisfranc* (p. 791), et qui se terminèrent par la mort. La même terminaison a été observée dans un cas dont je dois la communication à M. Demarquay, et qui fut observé à la maison de santé. La face antérieure de l'utérus, le bas-fond de la vessie, la face antérieure du même réservoir, étaient perforés; à la face postérieure de l'utérus, enfin, existait une autre ouverture qui mettait sa cavité en communication avec celle du péritoine. La tumeur adhérait au fond de l'utérus, mais sans pédicule, et mesurait $0^{m},11$ en hauteur, $0^{m},27$ de circonférence. Nous avons déjà signalé le fait de M. Nélaton, dans lequel un étranglement interne par compression du rectum causa la mort de la malade.

Mais ce n'est pas seulement par cette action de voisinage que ces tumeurs peuvent être dangereuses. J'ai sous les

yeux trois observations de mort par péritonite; dans deux, la péritonite a été aiguë, dans la troisième elle était chronique. Dans les trois observations, il s'agit de *tumeurs interstitielles* volumineuses. Dans les deux cas aigus, c'est par un mécanisme identique que s'est produite la péritonite. L'un appartient à M. Maisonneuve (*Bull. de la Soc. de chirug.*, p. 267, 1851), c'est une volumineuse tumeur interstitielle de la paroi postérieure. La couche celluleuse qui unit cette tumeur aux fibres utérines, est infiltrée d'une couche purulente; il existe même sur le sommet de l'organe, une ulcération qui fait communiquer cette couche purulente avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qui probablement a causé la mort en donnant lieu à la péritonite que nous avons signalée.

La deuxième observation est celle que M. Huguier a communiquée à la Société de chirurgie (t. VIII, 1857-58, p. 92). Les enveloppes de la tumeur, qui est interstitielle de la paroi antérieure, sont constituées par une couche corticale de tissu utérin dont l'épaisseur est de 0mm,40 à 0mm,50 à la partie inférieure de la tumeur et très mince en haut, deux perforations existaient à la partie supérieure, et la tumeur était désagrégée par la suppuration qui était extrêmement abondante. Voici cette observation importante à plusieurs titres :

Obs. I. — M. Huguier soumet à l'examen de la Société une tumeur fibreuse de l'utérus.

La nommée Chenier (Marie), agée de quarante et un ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital le 31 juillet 1857.

Cette femme rapporte qu'elle a eu dix enfants. Le 22 mai de cette année, elle a fait une fausse couche à deux mois de grossesse. La sage-femme qui la soigna pendant son avortement lui dit, en la délivrant, qu'il lui restait encore quelque chose dans la matrice.

Un médecin fut appelé, il pensa qu'il restait un second enfant, mais que cet enfant était mort.

Quoi qu'il en soit, et bien que les règles aient reparu au bout de six semaines, cette femme continua d'être souffrante.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle consulta un autre méde-



cin qui l'examina, lui dit qu'elle avait une affection de matrice, et l'adressa à M. Huguier, alors suppléé par M. Alph. Guérin.

A l'examen de la malade, on constate dans le bas-ventre une tumeur paraissant dépendre de l'utérus. Au toucher vaginal, on sent manifestement qu'elle est située en avant de l'utérus et fait saillie dans le vagin.

Une sonde introduite dans la vessie est portée directement en arrière et en bas vers le coccyx, et fait supposer que la tumeur est située entre cet organe qu'elle refoule en arrière, et la paroi abdominale. Elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus.

M. Guérin croit la tumeur fluctuante et formée par une collection purulente.

En effet, depuis son entrée à l'hôpital, la malade a de la fièvre et accuse des élancements dans la partie malade. M. Guérin pense qu'on ne doit pas ouvrir sur-le-champ cette tumeur, et qu'il vaut mieux attendre son ouverture spontanée. Convaincu qu'il serait obligé de traverser la vessie, il recule devant une ponction dans le vagin. Expectation.

Le 14 août, la malade souffre davantage. Les symptômes généraux sont plus graves. Application d'un large vésicatoire sur la tumeur.

Le 17, nouvel examen de la malade par MM. Guérin et Huguier.

Cathétérisme de l'utérus. — L'utérus a sa longueur normale, il y a seulement une légère rétroversion.

Cathétérisme de la vessie. — Comme la première fois, la sonde est portée en arrière et un peu à droite : la vessie est donc aplatie, portée en arrière par la tumeur dont elle tapisse la paroi inférieure.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner et de difficulté dans la miction.

La fluctuation dans la tumeur est plus manifeste. Comme elle est perçue surtout dans la région hypogastrique gauche, il devient plus évident que son origine est de ce côté ; cependant la fluctuation existe à la région sus-pubienne. Depuis quelques jours, la tumeur augmente considérablement de volume.

M. Huguier pense avoir affaire à une tumeur sanguine enflammée avec formation de pus, ou à un kyste suppuré.

Il décide que le lendemain une ponction sera pratiquée un peu au-dessus et à gauche du pubis ; mais dans la nuit, la malade est prise subitement de dyspnée, de douleurs abdominales violentes, et d'une agitation extrême.

Le 19 août, la sensibilité du ventre est très vive, le pouls est petit, filiforme, assez rapide ; la malade a de l'agitation et la dyspnée ; signe de péritonite commençante. — Sinapismes ; cataplasmes laudanisés ; potion stimulante.

Pendant la visite, la malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis la vieille.. — Cathétérisme.

Dans cette opération, la sonde pénètre directement et n'est plus portée en arrière comme la veille, ce qui fait supposer que la tumeur s'est vidée. En effet, par le toucher vaginal, on ne sent plus la saillie qu'elle faisait au-dessus du col de l'utérus, et celle qu'elle formait au-dessus du pubis à diminué des deux tiers.

Le soir, les accidents ont augmenté; la malade a vomi; le pouls est filiforme, tellement rapide qu'on ne peut le compter; les extrémités se refroidissent, la sensibilité abdominale est extrême.

Le 20, les vomissements continuent. De nouveau M. Huguier constate la diminution de la tumeur, et pense qu'elle s'est ouverte dans le péritoine. Pouls insensible; refroidissement des extrémités. — Application de deux vésicatoires aux cuisses.

Le 21, même état.

Le 22, les vomissements s'arrêtent; diarrhée abondante. — Diascordium, 2 grammes; sous-nitrate de bismuth, 10 grammes; orangeade, eau de Seltz.

Le 23, la diarrhée continue. La malade s'affaiblit davantage; le ventre est moins sensible; il n'y a plus de vomissements. — Deux vésicatoires aux mollets; orangeade; eau de Seltz.

Le 24, même état.

Le 25, mort dans la matinée.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — La paroi abdominale enlevée, on aperçoit une tumeur du volume d'une tête d'enfant de cinq ans et de forme ovalaire. Elle simule la vessie fortement distendue.

Elle est placée sur la ligne médiane et remplit tout le petit bassin. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale; mais l'intestin grêle est fixé à sa partie supérieure par des fausses membranes épaisses et purulentes. Le ventre, d'ailleurs, est le siége d'une péritonite. Les intestins adhèrent entre eux par des fausses membranes; mais il n'y a qu'un léger épanchement entre les anses intestinales. Lorsqu'on soulève la tumeur, on constate en arrière, dans l'excavation pelvienne, un épanchement purulent, dont l'abondance est évaluée à un verre ou un verre et demi.

A la face supérieure et postérieure droite de la tumeur, existe une perforation arrondie qui s'est faite par usure et dont les bords sont amincis. Le diamètre de cette perforation égale celui d'une pièce de cinquante centimes; une matière grisâtre s'échappe au travers. En arrière de cette perforation, on en rencontre une autre du diamètre de 2 millimètres. Le pubis scié et enlevé, on soulève la tumeur avec le rectum qui n'adhère pas à sa partie postérieure. Alors on voit mani-

festement qu'elle a pour point de départ l'utérus; mais on n'aperçoit nulle part la vessie. L'insufflation démontre qu'elle est déjetée à gauche et lui fait reprendre sa situation normale.

Un cathéter introduit dans l'utérus montre que sa cavité est libre dans toute son étendue et que l'organe n'a pas augmenté de volume. De chaque côté, on voit les deux ovaires parfaitement sains. Alors, on distingue la vessie, qui était adhérente à toute la paroi antérieure du vagin, et on la détache de la tumeur.

On découvre aussi le vagin et le col de l'utérus. On fend longitudinalement et de bas en haut, ces deux organes, et l'on arrive à la tumeur.

La tumeur, fendue elle-même en bas et en haut, laisse couler un pus épais avec une matière grisâtre. Au milieu se trouvent plusieurs masses de nature évidemment fibreuse, de grosseur différente, mais ne dépassant pas le volume d'un œuf. Entre ces masses sont des loges qui contiennent du pus, mais qui communiquent toutes entre elles et conduisent à la perforation spontanée.

Les enveloppes de la tumeur sont formées par une couche corticale de tissu utérin, dépendant de la paroi antérieure de cet organe. Leur épaisseur est de 40 à 50 millimètres à la partie inférieure de la tumeur, tandis qu'à la partie supérieure, elles sont très unies. Elles se détachent facilement de la tumeur qu'on peut énucléer, du moins en grande partie.

Les parois propres de la tumeur ont à-peu près la même épaisseur; mais nulle part elles ne communiquent avec la cavité de l'utérus; de sorte que la paroi antérieure de cet organe s'est dédoublée pour loger cette tumeur. Un feuillet la recouvre et la sépare du péritoine; un autre passe en arrière et la sépare de la cavité utérine.

Ainsi la suppuration qui s'établit à la périphérie des corps interstitiels volumineux, peut se terminer par une péritonite causée par la perforation, de leur paroi utéro-péritonéale qui se laisse déchirer, et constitue un nouveau danger ajouté à ceux que courent les malades atteintes de cette espèce de tumeurs. Il est probable qu'il existe d'autres observations de cette espèce. On a souvent signalé la suppuration des corps fibreux et la péritonite après l'accouchement; nous en reparlerons. On comprend ce que serait le danger d'une suppuration établie dans la coque d'un corps fibreux du fond de l'utérus, dont la paroi utéro-péritonéale est dans quelques cas si amincie.

La troisième observation appartient à M. Maslieurat Lagémard (*Bulletins de la Société anatomique*, 1836) : elle était interstitielle de la paroi antérieure ; la masse tout entière donnait 13 pouces de circonférence, la malade avait soixante-douze ans, avait cessé d'être réglée à quarante-cinq ans, et n'avait jamais présenté de symptômes du côté de l'utérus.

A ces cas, j'ajouterai une observation de tumeur interstitielle du fond de l'utérus, observée dans le service de M. Velpeau. On avait reconnu la présence de la tumeur qui faisait saillie dans le col de l'utérus (il y avait un renversement), et M. Jarjavay devait l'opérer ; la malade mourut de péritonite avant l'opération. Cette femme, réduite à un état anémique très prononcé, ne pouvait devoir sa péritonite qu'aux explorations répétées faites depuis son entrée à l'hôpital. C'est, en effet, un danger de plus pour l'opération que l'état anémique très prononcé, car on sait avec quelle facilité se développent les phlegmasies chez de semblables sujets, et le chirurgien ne saurait trop se le rappeler. J'aurais dû rapprocher des perforations des viscères celle de la paroi abdominale, observée par M. Loir (1), dans lequel une tumeur fibreuse grosse comme le poingt d'un adulte, après avoir perforé la paroi antérieure de l'utérus, avait usé peu à peu la ligne blanche et était venue sortir à travers la peau gangrenée sous la forme d'une masse noirâtre et fongueuse, et l'observation analogue de M. Pinault (2); ces faits exceptionnels sont assez rares et assez connus pour que je n'y insiste pas.

Je passe aux terminaisons favorables, et en premier lieu, à ce que l'on a désigné sous le nom de *rétrocessions* et de *diminutions spontanées*. Plusieurs faits établissent l'innocuité de grosses tumeurs fibreuses interstitielles; j'en citerai quelques-uns. Un fait d'Arnott (*Medic. chir. Transact.*, 1840) : une femme de soixante-douze ans, portait une tumeur fibreuse pa-

(1) *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851.
(2) *Bullet. de la Soc anat.*, t. III, 1828.

riétale de nature osseuse, de 18 pouces sur 14, pesant cinq livres et n'ayant occasionné aucune espèce de symptômes. Un fait de Robert Barnes (*Lancet*, 1er juillet 1854), qui admet du reste d'une manière générale, qu'après la cessation des règles et le retour d'âge, les tumeurs fibreuses existant auparavant, ont une tendance marquée à diminuer. En 1848, dit l'auteur, j'ai examiné le corps d'une dame morte subitement de maladie du cœur, à soixante ans, trente ans auparavant, cette dame avait eu des hémorrhagies utérines très abondantes, et des médecins, en Hollande, l'avaient crue atteinte de squirrhe. En place de l'utérus, il y avait une énorme tumeur fibreuse ferme, en partie convertie en une substance osseuse. Cette tumeur avait dû occasionner les hémorrhagies mentionnées plus haut. Le docteur Hutchinson (*Medical and phys. Journal*, vol. XLV, n° 966) a rencontré chez une femme de cinquante-sept ans, ayant eu trois maris, jamais d'enfants et aucun symptôme utérin, une tumeur osseuse interstitielle du fond, d'un volume considérable, et quatre autres tumeurs du volume d'une noix, dans la cavité de l'utérus.

L'observation IX de la *Clinique de Dupuytren* est un cas de tumeur interstitielle dans la paroi antérieure dont on s'aperçut par hasard : l'utérus avait le volume des deux poings réunis ; la malade âgée de cinquante-deux ans, avait cessé d'être réglée à quarante-huit, et avait eu d'heureuses grossesses dans sa quarante-quatrième et quarante-cinquième année. J'ai cité ces quelques faits et je pourrais en ajouter d'autres, celui de Robert Barnes est surtout curieux, car il indique d'une manière précise non seulement l'innocuité, mais encore la cessation d'accidents sérieux, malgré la présence de la cause qui les avait produits.

Mais je ne puis ne pas rappeler ici que Bayle a donné un fait de ce genre, très intéressant à plusieurs titres. La malade avait trente-cinq ans lorsque les accidents commencèrent ; de la trente-cinquième à la trente-septième année, la tu-

tumeur s'accrut graduellement et à ce moment l'utérus remontait au-dessus de l'ombilic. Très grande aggravation des accidents de la trente-septième à la trente-neuvième année. Mais de trente-neuf à quarante ans, cessation graduelle des hémorrhagies et retour complet à la santé. A quarante-cinq ans les règles cessent sans accident; à quarante-sept ans légère métrorrhagie survenue après un voyage de vingt lieues dans une voiture rude; mort à cinquante ans par péripneumonie. La tumeur plus grosse que la tête d'un adulte occupait la paroi postérieure de l'utérus où elle était comme enkystée (*op. cit.*, p. 80).

Le docteur Ashwell qui, en 1834, avait publié (*Guy's hosp. Reports*, t. I, p. 136) plusieurs cas de tumeurs dures de l'utérus guéries par l'iode, a publié depuis (*Lancet*, 18 février 1854, p. 180), des faits plus satisfaisants de diminution et rétrocession spontanée. Dans les faits de traitement par l'iode, la diminution est trop rapide pour qu'il se soit agi de tumeurs fibreuses; dans ceux qu'il cite dans la *Lancette*, et qui sont au nombre de six, la guérison est bien parfaite, cependant ils rentrent davantage dans l'ordre de ceux dont on a parlé : il s'agit de femmes de quarante-six à quarante-huit et cinquante ans, et l'auteur, en concluant que l'on peut observer : 1° la diminution progressive du volume et de la dureté des tumeurs sans élimination ; 2° ou seulement une diminution notable de la douleur, des troubles menstruels et des hémorrhagies, exprime une opinion exacte.

Dans une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie (*Bullet.*, 1857, p. 94), nous trouvons un fait de diminution spontanée aussi surprenant que ceux que nous avons lus dans Ashwell. Une jeune personne de Bayonne, dit M. Cazeaux, me fut adressée pour être traitée d'une tumeur volumineuse du ventre; cette tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et donnait toute l'apparence d'une grossesse arrivée à terme. Un examen attentif fait

avec MM. Velpeau et Bricheteau, nous permit de diagnostiquer une tumeur fibreuse de l'utérus. La malade fut renvoyée dans son pays ; et tout en ne croyant pas à l'efficacité du traitement, nous prescrivîmes une médication fondante. Six mois après, je recevais la nouvelle d'une grande amélioration, et, finalement, la malade que nous croyions dans une position désespérée, guérit. Dans la même discussion, M. Cazeaux avait cité des faits de *diminution et même de disparition* après la grossesse, de tumeurs qui, pendant la durée de cet état, avaient pris un grand accroissement. MM. Danyau et Depaul, sans être aussi affirmatifs, avaient confirmé la diminution des tumeurs fibreuses après la grossesse. M. Huguier, se défiant beaucoup des erreurs de diagnostic et n'admettant pas, du reste, que les tumeurs unilobulaires simples non pédiculées fussent susceptibles de diminution, pensa qu'il fallait se bien garder de considérer comme un fait ordinaire la diminution ou la disparition des tumeurs fibreuses, tout en admettant l'utilité d'un traitement pour en obtenir la diminution, sinon la guérison. Ce chirurgien distingué a eu depuis l'obligeance de nous montrer dans son service une femme qui porte une tumeur fibreuse utérine qui fait, il est vrai, saillie dans l'abdomen, et qui a diminué de la manière la plus remarquable depuis deux ans. Ce même chirurgien nous a cité le fait d'une dame qui portait une tumeur fibreuse qui, après avoir failli compromettre une première grossesse, en a permis depuis deux autres, et dont la tumeur a très notablement diminué, en même temps que la santé générale s'est de beaucoup améliorée.

Nous avons dû insister sur cette question de la diminution spontanée des tumeurs fibreuses. C'est, on peut le dire, un fait à l'étude, mais pour lequel certaines données im portantes sont déjà acquises, et qui, joint à l'innocuité bien reconnue de tumeurs interstitielles très volumineuses, lorsque la malade a passé la ménopause, sont de nature

à influencer dans certains cas la détermination du chirurgien.

On a également cité des faits de destruction des tumeurs fibreuses par la gangrène; ces faits sont rares, et, bien qu'ils aient été dans certains cas suivis de guérison, je dirai que ce n'est pas là une terminaison favorable. On peut voir dans une observation publiée par M. Duclos (*Moniteur des hôp.*, 1857, p. 489), à quel prix la guérison fut achetée. J'en dirai autant de la suppuration et du ramollissement par œdème.

Il n'en est pas de même de l'expulsion spontanée qui constitue le mode de terminaison le plus désirable de ces sortes de tumeurs. Beaucoup de ces expulsions ont coïncidé avec celle du fœtus ou l'ont suivie; nous nous en occuperons plus loin ; mais il est arrivé, on peut le dire, dans tous les temps, aux chirurgiens de constater l'expulsion spontanée de polypes. Les observations qui se rapportent à l'expulsion spontanée des corps fibreux sont moins répandues, bien que cette terminaison ne soit pas relativement rare. Dans un mémoire sur ce sujet (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1843, t. II, p. 385), M. Marchal (de Calvi) a réuni 26 observations de cures spontanées, toutes ne sont pas des expulsions; sept seulement, dont trois pendant la grossesse, appartiennent évidemment à notre sujet. Ce ne sont pas uniquement les tumeurs pédiculées, qui peuvent être ainsi expulsées ; on comprend facilement qu'un corps fibreux appendu à l'utérus puisse rompre son pédicule et tomber à l'intérieur ; mais il est des faits d'expulsion spontanée et successive de plusieurs productions fibreuses à la suite de coliques aussi vives que celles du travail de l'enfantement. Cruveilhier (*Anat. path.*, av. pl., *loc. cit.*) en donne un exemple. Il y a d'autres cas où, comme dans celui de Willaume (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, p. 249), on a admis l'expulsion successive de plusieurs fragments de la même tumeur. M. Aran (*op. cit.*) a observé deux fois l'expulsion

spontanée de corps fibreux (1) après l'accouchement. Ce fait n'est pas douteux. Je ne suis pas éloigné de croire que des corps fibreux volumineux et non pédiculés puissent être expulsés spontanément, ou du moins que la malade peut en accoucher, l'accouchement se faisant du reste avec l'aide du chirurgien : ainsi, M. Nélaton rapporte dans une de ces leçons, qu'une jeune femme entra à la Clinique se croyant à son terme; elle avait des hémorrhagies considérables, des douleurs utérines intenses. Pour faire un examen complet, il aurait fallu introduire la main dans le vagin et l'utérus, la malade eut peur de cette exploration, et sortit. A quelque temps de là, M. Thierry qui donna ses soins à la malade, s'aperçut que la tumeur était peu à peu chassée par la contraction des muscles abdominaux et de l'utérus, et s'engageait dans la filière pelvienne; il la saisit alors, et à l'aide d'érignes, de pinces et de fils, il compléta l'expulsion. C'est bien là un exemple d'accouchement d'une tumeur fibreuse, dans toute l'acception du mot; on trouve, du reste, plusieurs faits analogues, et l'on sait que les chirurgiens cherchent à provoquer cette expulsion en donnant du seigle ergoté. Mais si, dans ces cas, on a dû avoir affaire à des tumeurs primitivement pédiculisées, mais qui n'ont pu franchir le col, ne pourrait-on admettre que certaines tumeurs interstitielles qui se développent sous une couche utéro-muqueuse assez mince, celles du fond de l'utérus, par exemple, lorsque la paroi utéro-péritonéale conserve son épaisseur ou s'hypertrophie, ne puissent finir par rompre leurs membranes, s'engager dans la filière pelvienne et être accouchées avec l'aide du chirurgien. Quoi qu'il en soit, je pense qu'il faut, au point de vue pratique, bien différencier ces cas de ceux où le chirurgien croit devoir entreprendre d'aller chercher

(1) Nous devons noter que, même en dehors de l'état puerpéral, ces expulsions spontanées ont été accompagnées d'hémorrhagies.

dans la cavité de l'utérus les corps volumineux qui y ont pris tout leur développement.

C'est à propos de la terminaison que nous devons consacrer quelques détails aux transformations calcaires des corps fibreux pédiculés ou interstitiels. Elle est moins fréquente que pour les corps fibreux sous-péritonéaux, mais on la voit notée dans un grand nombre d'observations. C'est ordinairement après la ménopause que l'on observe cette transformation. Toutes les malades dont Louis a indiqué l'âge dans son mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice, étaient agées de cinquante ans et au delà, si ce n'est la jeune servante dont il parle d'après Hippocrate.

C'est, du reste, un fait d'anatomie pathologique que nous ne faisons que rappeler pour en inférer que le plus souvent ces corps fibreux crétacés ne déterminent pas de symptômes, même lorsqu'ils sont très gros (voy. p. 63), néanmoins leur volume et leur consistance deviennent l'origine de certains accidents quelquefois analogues à ceux des corps fibreux proprement dits, et d'autres fois, ne donnent lieu qu'à des douleurs, des excoriations et à un écoulement plus ou moins abondant. Ainsi, R. Lee a rapporté un cas où une tumeur calcaire de la paroi postérieure de l'utérus détermina pendant plusieurs années des douleurs atroces, puis une péritonite mortelle, par suite de la destruction de la paroi postérieure. Louis, dans son observation IV, donne un exemple de perforation du vagin et du rectum, un exemple d'ulcération profonde de l'utérus dans l'observation VI.

Ces concrétions peuvent être multiples comme dans le cas, resté célèbre, de Michel Morus, qui en compta trente-deux, dont les plus petites étaient de la grosseur d'une amande; différents replis de la matrice en contenaient et il y en avait jusque dans les trompes. Il peut être difficile de reconnaître leur siége pendant la vie; elles peuvent, du

reste, être expulsées, soit par fragments, soit en totalité (1). Dans une observation fort remarquable consignée par M. Trumet, dans sa *Thèse sur les tumeurs de l'utérus*, 1851, p. 76, il est question d'une malade du service de M. Velpeau, qui présentait un volumineux corps fibreux développé dans la lèvre postérieure du col de l'utérus; cette tumeur qui mesurait 0,12 de hauteur, offrait à sa partie inférieure un orifice qui ressemblait à celui de la vulve, et circonscrit par deux lèvres, ce qui fit croire que l'on avait affaire à un museau de tanche modifié dans sa forme. Le doigt en s'y engageant pénétrait dans une cavité baignée d'une suppuration ichoreuse et fétide, et contenant un grand nombre de concrétions, les unes libres, les autres adhérentes; il était facile d'en extraire quelques-unes avec des pinces. On croyait donc que l'on avait affaire à la cavité de l'utérus, et, partant de cette idée, et n'admettant que difficilement, la formation de calculs dans la cavité de l'utérus, M. Velpeau eut un instant l'idée que ces concrétions pouvaient venir de la vessie. On voit donc que certaines formes ou certains siéges affectés par ces concrétions fibro-calcaires peuvent donner lieu à des difficultés dans l'interprétation clinique.

Des tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus.

Nous avons, en traitant les deux formes précédentes, fait l'histoire des tumeurs fibreuses auxquelles on pourrait plus particulièrement réserver, au point de vue symptomatique, la désignation d'utérines. Les sous-péritonéales sont égale-

(1) On se rappelle que ce fait d'Hippocrate est un cas d'expulsion spontanée; on a pu observer dans d'autres cas cette sortie spontanée de pierres utérines. Louis en cite un fait curieux (p. 14, *op. cit.*) : une femme grosse était depuis trois semaines dans les douleurs de l'enfantement; elle accoucha d'abord de trois pierres. Shenkins, dit R. Lee (*loc. cit.*), a rassemblé, d'après Hippocrate, Valerius, Marcellus Donatus, des cas dans lesquels l'utérus laissa échapper des pierres.

ment un degré d'une même lésion; mais une fois qu'elles sont séparées du tissu utérin qui leur a donné naissance, elles habitent la cavité abdominale. Les symptômes qu'elles provoqueront seront en général dus, soit au point de la cavité de l'abdomen où elles se seront portées, soit au volume qu'elles acquerront, soit encore et surtout à des transformations pathologiques analogues à celles que nous avons indiquées (ramollissement, formation de cavités contenant du sérum, du pus ou du sang). Ces transformations pourront non-seulement entraîner des accidents par elles-mêmes, mais encore amener des erreurs de diagnostic dont nous aurons à citer quelques faits. Les tumeurs sous-péritonéales rentreraient donc, pour la majorité des faits, dans le cas des tumeurs développées dans les annexes de l'utérus, et au point de vue des symptômes encore nous pourrions les désigner sous le titre d'ad-utérines. On ne tarde pas, du reste, en consultant les faits, à s'apercevoir que l'histoire de ces tumeurs oscille presque continuellement entre des données anatomo-pathologiques et des erreurs de diagnostic.

Les corps fibreux sous-péritonéaux naissent ordinairement dans un point des parois utérines très voisin du péritoine. M. Cruveilhier admet même qu'ils peuvent naître dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, nous en avons cité un exemple. Cela explique la facilité de leur pédiculisation, qui est leur état le plus ordinaire; on rencontre souvent des corps fibreux multiples pédiculés, partant, par exemple, du fond de l'utérus qui est leur point d'implantation le plus ordinaire. Leur pédicule peut devenir mince et très long. Sur la pièce n° 386 du musée Dupuytren, une tumeur fibreuse intra-péritonéale, du reste énorme, est reliée à l'utérus par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire, et long de 0,20 à peu près. Ces exemples de pédicules longs et grêles sont communs, mais on voit aussi certaines de ces tumeurs reliées à l'utérus par une implantation assez large pour embrasser tout le fond de l'organe.

Auprès de ces tumeurs, nous devons noter celles qui, peu volumineuses encore, forment des saillies non pédiculisées sous le péritoine, indiquer que d'autres acquièrent un volume considérable sans quitter le voisinage de l'utérus, de sorte que cet organe y est en quelque sorte accolé. Nous avons examiné dans une collection de pièces appartenant à M. Huguier, un exemple de ces tumeurs sous-péritonéales développées au voisinage de l'utérus ; cet organe, qui a ses dimensions normales, forme sur les côtés de la tumeur un simple appendice. Enfin, ces tumeurs ont aussi leur détachement spontané, seulement elles restent dans la cavité abdominale, et se fixent quelquefois dans un point étranger à leur origine, par des adhérences accidentelles, mais continuent à vivre même lorsqu'elles restent libres. Ce n'est plus alors qu'une variété de corps étrangers du péritoine dont nous n'avons pas à nous occuper.

A ces tumeurs appartiennent la majorité des exemples de développement considérable des productions fibreuses, et comme l'utérus ne suit pas leur progression, il est curieux de voir le contraste qui existe entre l'organe générateur et le produit développé. On a cependant cité des déformations de l'utérus par des corps fibreux intra-péritonéaux, et M. Cruveilhier en a représenté un bien remarquable exemple dans son atlas. Ce que je dois encore noter, c'est que ces corps sous-péritonéaux qui remontent ordinairement dans l'abdomen, peuvent, au contraire, descendre dans le bassin ; M. Barth en a montré un cas à la Société anatomique (t. XXV, p. 5).

L'observation de Bayle (*loc. cit.*, p. 77), souvent citée comme un fait d'innocuité des tumeurs fibreuses, est un exemple de corps fibreux sous-péritonéal. Cette observation est très intéressante, en ce qu'elle précise bien l'âge auquel la tumeur a pu être observée pour la première fois. A trente-cinq ans, la tumeur manifeste sa présence par de légères douleurs, des envies fréquentes d'uriner ; on reconnaît une

tumeur que l'on diagnostique squirrheuse de la matrice ou de l'ovaire droit. Au bout de deux ans, elle avait acquis le volume des deux poings; elle cessa dès lors d'occasionner des douleurs dans l'hypogastre. La malade vécut jusqu'à quatre-vingt-deux ans, et mourut de péritonite aiguë. Bayle, qui fit l'autopsie, ne nous dit pas si le corps fibreux avait été pour quelque chose dans la production d'une maladie rarement observée à cet âge. Quoi qu'il en soit, cette malade avait traversé la plus grande partie de la période d'activité utérine sans éprouver d'autres symptômes que de la dysurie et des douleurs lombaires, qui disparurent à trente-sept ans, alors que la tumeur remonta dans l'abdomen.

C'est en effet la présence de ces productions dans le petit bassin, qui serait de nature à amener des accidents de voisinage, et pourrait même compromettre la vie, s'il survenait une grossesse.

Certaines tumeurs fibreuses, qui se développent vers le péritoine, prennent quelquefois naissance sur un point de la face postérieure du col. Nous aurons occasion d'en rapporter des exemples, quand nous nous occuperons de la question obstétricale.

Aux phénomènes que nous exposions tout à l'heure, se réduisent, pour Bayle, les symptômes subjectifs des tumeurs fibreuses sous-péritonéales. Cette opinion est partagée par les auteurs qui ont écrit depuis, et je n'ai rien rencontré dans les observations qui puisse me faire penser le contraire. Pour ne citer que l'opinion d'un des auteurs les plus modernes et les plus autorisés, M. Aran a écrit (*op. cit.*, p. 841) : « Les fibroïdes sous-péritonéaux ne donnent lieu à aucun symptôme subjectif, et, le plus souvent, ils n'altèrent en aucune manière l'accomplissement de la fonction menstruelle. Dans quelques cas, pourtant, ils peuvent la rendre moins abondante, et devenir l'occasion de véritables aménorrhées. » Joignons à cela que les corps fibreux sous-péri-

tonéaux, peu volumineux, ne trahissent même pas leur présence, et nous verrons combien nous sommes éloigné de la description que nous avons eu à donner à propos de la symptomatologie des corps fibreux en voie d'évolution dans la filière utéro-vaginale, ou en voie de développement dans l'épaisseur des parois de l'organe.

C'est par le palper abdominal uni au toucher vaginal ou rectal que l'on reconnaîtra les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus. L'utérus aura, en général, sa forme et ses dimensions normales, mais il peut être déplacé et avoir été surtout attiré vers l'abdomen et alors le col sera difficile à atteindre. La sensation que donne la tumeur est, en général, pathognomonique, elle est dure, bosselée, se continue d'une manière plus ou moins immédiate avec l'organe utérin. Cependant il faut dire que certains modes de pédiculisation de ces corps fibreux rendent quelquefois cette constatation difficile ou impossible, et que l'on ne peut rattacher à l'utérus la tumeur dure et bosselée, mobile, que l'on sent dans le ventre, qu'à l'exclusion d'autre siége démontrable. Il est évident encore que beaucoup de ces tumeurs devront échapper au diagnostic ou n'être reconnues que par hasard.

Mais si les corps fibreux sous-péritonéaux ne déterminent pas ou peu de symptômes du côté de l'utérus, n'en provoquent-ils pas autour d'eux ?

Il y a dans la science plusieurs observations d'ascite provoquée et entretenue par les corps fibreux sous-péritonéaux; M. Cruveilher en rapporte deux exemples, mais il considère cette complication comme rare (p. 691, *op. cit.*).

J'en rencontre une observation donnée par M. Trousseau à la *Gazette des hôpitaux* (1857, p. 352), mais j'avoue ne pas m'être attaché à les rechercher particulièrement.

Il est un fait qui m'avait beaucoup plus préoccupé, et qui me semble bien remarquable. Je m'étais demandé ce que le corps fibreux intra-péritonéal pouvait produire sur l'intestin, non-seulement par sa masse, mais par son pédi-

cule, quelquefois si long, si bien disposé en forme de corde, de lien. J'avais pensé, en un mot, que quelques cas d'étranglement interne avaient pu être causés par ce *pédicule*. Il n'y en a pas un seul de connu. Ceux que l'on a observés sont des exemples d'étranglement par compression, et encore je n'en connais que trois exemples. Sur un relevé de huit cents faits à peu près, M. Duchaussoy n'en a trouvé que deux, un lui appartient et l'autre est rapporté par Holtouse (*Transact. of path. Soc. of London*, t. III, p. 371). Je tiens ces renseignements de l'auteur lui-même, son mémoire n'étant pas encore publié, il a eu l'obligeance de me les communiquer. Nous n'en avons pas rencontré d'exemples dans les mémoires de MM. Besnier et Houël. Le fait de M. Nélaton, déjà cité, fait le troisième, celui d'Holtouse est aussi un aplatissement du rectum par une tumeur fibreuse développée dans l'excavation; Holtouse fit un anus lombaire, la malade mourut dix jours après l'opération.

L'observation d'Arnott nous donne un exemple de rupture intestinale occasionnée par un corps fibreux : la tumeur était osseuse et pesait 5 livres ; la vieille femme qui la portait fit une chute sur le ventre; l'intestin et le muscle droit de l'abdomen furent simultanément déchirés (*Med.-chir. Trans.*, t. XXIII, 1840). Si le corps fibreux prend un volume considérable, il agit comme le ferait toute autre volumineuse tumeur intra-abdominale, comme un kyste de l'ovaire par exemple. M. Cruveilhier (p. 668) a fait l'autopsie d'une femme morte d'asphyxie. Une tumeur fibreuse du poids de 5 kilogrammes naissait de l'angle supérieur droit de l'utérus par un long pédicule, et était entièrement cachée dans l'*hypochondre droit*, qu'elle débordait à peine; on l'avait prise pour le foie qui, refoulé en haut, atteignait la troisième côte. Dans le bassin de ce même sujet existait une autre tumeur fibreuse née dans l'épaisseur de la paroi postérieure du col utérin ; ce corps fibreux remplissait l'abdomen et pesait 10^{kil},550. Dans un cas analogue rapporté

par M. Aran, Martin le Jeune (*Mém. de méd. et de chir. prat.*, 1835, p. 271) trouva dans la fosse iliaque droite une tumeur de 6 livres tenant à la partie supérieure droite de la matrice par un pédicule d'un pouce de diamètre et long de 24 lignes. Mais ces tumeurs peuvent s'enflammer, contenir des parties liquides et devenir fluctuantes; elles entraînent alors des erreurs de diagnostic dont nous parlerons dans le chapitre suivant.

Diagnostic différentiel. — Nous avons déjà cherché à établir les données qui permettent de différencier les unes des autres les trois variétés de tumeurs fibreuses de l'utérus; mais, ainsi que nous l'avons indiqué, il est un grand nombre d'affections de l'utérus ou de tumeurs abdominales avec lesquelles on peut les confondre. Avant même de comparer entre eux des faits d'ordre pathologique, nous avons à distinguer de la grossesse certains états de l'utérus produits par des tumeurs fibreuses. Nous savons, en effet, que lorsque ces tumeurs se développent dans ses parois ou dans sa cavité, elles entraînent beaucoup des troubles fonctionnels de la grossesse. Un signe distinctif s'offre tout d'abord à l'esprit, c'est la présence des hémorrhagies. Il est, en effet, évident qu'il ne peut s'agir ici de grossesses normales; mais tout le monde sait qu'il y a des grossesses pendant lesquelles se continue l'écoulement menstruel; c'est même l'existence de cette particularité existant chez la sœur de la malade dont Bayle rapporte l'histoire (p. 80, *op. cit.*) qui induisit en erreur. Mais si l'on réfléchit à ce qui s'est passé dans ce cas intéressant et dans beaucoup d'autres analogues, on ne tarde pas à se convaincre que si la malade avait été suivie de près et examinée à plusieurs reprises, ce n'est pas après dix-huit mois seulement que l'erreur eût pu se reconnaître. Si les signes rationnels de la grossesse sont souvent insuffisants pour en établir le diagnostic, il existe des signes sensibles, et en particulier le ballottement, que l'on

peut souvent trouver dès le quatrième mois de la grossesse, qui doivent mettre sur la voie; de plus, on a dû s'assurer que l'utérus ne présentait aucune saillie ou bosselure, ce qui serait une présomption en faveur du corps fibreux, mais ce qui ne détruirait pas le soupçon de grossesse, car il peut y avoir coïncidence, et s'éclairer en tenant compte du poids de l'utérus, de cette sensation œdémateuse que donne quelquefois la paroi postérieure de l'utérus lorsqu'il y a grossesse. Mais nous l'avons déjà dit, dans les cas douteux, le diagnostic ne peut se faire en une séance par un seul examen; il faut tenir la malade en observation, et l'on pourra constater à un moment donné des signes spéciaux à l'un ou l'autre état qui feront cesser toute incertitude. Il est d'autant plus nécessaire de suivre cette conduite que non-seulement l'utérus peut à la fois porter un produit de conception normalement situé et une tumeur fibreuse, mais encore il peut se rencontrer qu'une tumeur fibreuse qui n'avait pas mis obstacle à la fécondation, ait empêché la descente de l'ovule dans le corps de l'utérus et ait déterminé une grossesse anormale. M. Stoltz a rapporté un cas de grossesse tubaire survenu dans ces circonstances. Du reste, même en dehors de ces cas complexes, la grossesse extra-utérine peut en imposer pour une tumeur fibreuse. M. Jobert (de Lamballe) en a rapporté un exemple remarquable (*Gazette des hôpitaux*, 5 juillet 1845). La malade portait depuis treize mois une tumeur abdominale qui avait été considérée jusqu'alors comme une tumeur fibreuse ou un kyste de l'ovaire. M. Jobert diagnostiqua une tumeur fibreuse extra-utérine abdominale, opinion qui fut partagée par M. P. Dubois. Nous devons ajouter que les hémorrhagies qui déjà constituent une présomption défavorable à la grossesse, s'accompagnent souvent, ainsi que nous l'avons fait remarquer, de coliques expultrices qui devraient conduire à l'avortement s'il y avait grossesse. Les tumeurs fibreuses interstitielles et les tumeurs fibreuses pédiculées encore contenues dans

l'utérus, sont celles que l'on confond le plus ordinairement avec la grossesse. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'abaissement de l'utérus, les polypes peuvent surtout entraîner une erreur. Il y a en effet dans l'un et l'autre cas un corps étranger qui tend à paraître ou paraît à la vulve. Mais l'un est intravaginal, et l'autre extra-vaginal. On sait en effet que lorsqu'elle se produit, la descente de l'utérus rapprochant de l'extérieur avec son col, la partie supérieure du vagin, renverse les parois de cet organe, et proémine dans sa cavité, sans cependant y être contenue. Si le vagin se retournait complétement, le diagnostic n'offrirait aucune difficulté, mais le plus souvent il reste une certaine étendue de la cavité vaginale, et d'autre part le polype fibreux peut affecter une forme insolite qui entretient l'erreur ou la prépare.

L'anatomie pathologique nous apprend que les polypes fibreux peuvent offrir une cavité, et il est des cas restés célèbres dans lesquels cette disposition a même entretenu l'erreur après l'opération; je ne ferai que les rappeler, car il n'est pas démontré qu'ils appartinssent à la catégorie de polypes dont nous nous occupons. Levret dans son mémoire en rapporte trois cas, dus à Houin, Boudon et Cailhava; tous les auteurs ont cité le cas de MM. Richerand et Cloquet. Il n'en est pas de même pour les faits plus modernes où la structure fibreuse a été bien constatée, et la présence d'une cavité intérieure bien définie; il en est ainsi dans un cas présenté par M. Boscredon à la Société anatomique (t. XXIX, p. 332), il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une pomme implantée sur le col. Nous avons déjà cité le cas observé par M. Velpeau (voy. p. 68) où la présence d'une semblable cavité entretint l'erreur; mais dans ce cas un orifice existait à l'extrémité de la tumeur en saillie dans le vagin, et permettait de porter le doigt dans la cavité anormale: c'est en effet la présence d'un orifice semblable conduisant ou non dans une cavité qui a pu entraîner l'erreur. Dans un cas qui appartient au même chirurgien, et dont M. Marcé parla à

la Société anatomique (1855, p. 290), le polype qui d'ailleurs offrait tous les caractères des polypes fibreux, était non-seulement allongé, conique, comme le col utérin, mais encore au milieu de son extrémité légèrement aplatie, il représentait une fente transversale; cette fente était l'orifice d'une cavité de $0^m,03$ de longueur communiquant avec l'intérieur du col utérin, et c'est par là que s'écoulait le sang des règles. Si l'on n'avait pu constater d'une manière positive et le polype et le pédicule de ce polype, et la présence du col au-dessus de lui, l'erreur eût été des plus faciles, et l'on comprend l'attention que doivent exiger les cas de ce genre dont il existe plus d'un exemple dans la science. M. Dolbean en rapportait aussi un exemple à la suite de la présentation de M. Boscredon : c'était un corps fibreux altéré à son centre, dans lequel le doigt pouvait pénétrer. La malade fut observée dans le service de M. Nélaton, et ce n'est que par un examen très attentif que ce chirurgien reconnut qu'il pénétrait dans une tumeur et non dans l'utérus. Ce n'est donc pas dans les caractères de la tumeur qui peut avoir été défigurée, qu'elle soit polype ou utérus, que l'on doit chercher la base du diagnostic différentiel; la consistance des tumeurs fibreuses est cependant caractéristique, et l'on ne saurait en tenir trop de compte quand on a pu l'apprécier nettement. Mais c'est précisément parce qu'elle est si caractéristique que l'on peut être plus facilement conduit à l'erreur lorsqu'elle vient à être modifiée.

Dans ce cas particulier l'on doit donc, et dans tous les cas, chercher à distinguer le col utérin, et soigneusement explorer le cul-de-sac vaginal; on doit encore chercher à reconnaître si le corps de l'utérus a conservé ses rapports normaux, et par le cathétérisme vésical s'assurer de la direction de l'urèthre et du déplacement de la vessie; c'est là un mode d'exploration dont l'utilité avait frappé Levret. « La vessie fut sondée facilement, et on reconnut qu'elle n'était point

déplacée, ce qui aurait bien dû désabuser tous ces praticiens. » Cette réflexion est suggérée à l'auteur lorsqu'il rapporte l'observation de Hoin, où un polype fut pris pour une descente de matrice (p. 199). M. Malgaigne y a insisté (*op. cit.*, p. 33) et en a bien fait ressortir les avantages. Ainsi ne nous en tenant pas seulement à l'examen de la tumeur, nous chercherons la solution définitive du problème dans ses rapports avec le col, et lorsque nous n'aurons pu trouver le pédicule ou l'orifice, nous explorerons, ainsi que nous l'avons dit, le cul-de sac vaginal, le corps de l'utérus et la vessie, et nous chercherons à préciser si la tumeur se continue avec la partie supérieure du vagin, ou bien si elle pénètre dans le col de l'utérus. Nous ne pouvons nous étendre sur les manœuvres à employer ; elles sont indiquées partout.

Nous devons seulement nous demander si les faits dont M. Huguier a entretenu l'Académie en 1859, ne seraient pas de nature à ajouter de nouvelles difficultés au diagnostic des tumeurs fibreuses pédiculées descendues dans le vagin. M. Huguier démontre en effet que le col peut venir à la vulve sans que le corps de l'organe ait quitté sa position normale par suite de l'allongement de l'utérus, mais dans l'hypertrophie de la portion vaginale du col, on pourra toujours avec de l'attention faire le diagnostic, et dans les cas où l'allongement porte sur la portion sus-vaginale, le renversement du vagin nous fournira les mêmes signes que dans la descente de l'utérus sans allongement (1).

Une question plus difficile encore et dans laquelle les tumeurs interstitielles ont à jouer un rôle, est celle du

(1) Il est des cas qui déjouent toutes les prévisions. M. Huguier nous a fait voir le dessin d'une énorme tumeur fibreuse dont une portion, du volume et de la forme de l'utérus, faisait saillie dans le vagin. Elle avait été prise pendant la vie pour un abaissement de l'utérus chassé par la masse énorme et irrégulière qui remplissait le bassin.

renversement de l'utérus. Cette difficulté n'est pas nouvelle d'ailleurs. Il est peu de maladies dont le diagnostic ait autant coûté à établir que celui du renversement de la matrice (Peyrilhe, *Hist. de la chir.*, p. 280). Cette difficulté est bien comprise, lorsqu'on lit le passage suivant de la thèse de M. Malgaigne. « Une tumeur arrondie est sentie au doigt dans le vagin, ou découverte avec le spéculum; elle vient manifestement de la matrice, et son origine est étreinte par le col utérin. » C'est bien ainsi que se présentent les polypes lorsqu'ils vont franchir le col, et la difficulté deviendra d'autant plus grande qu'une tumeur fibreuse peut ne pas être pédiculée ou du moins avoir pour pédicule le fond de l'utérus tout entier. Il y a eu de nombreuses erreurs à cet égard, en voici quelques exemples : Robert Lee (*Méd. chir. transact.*, t. XX, p. 144) rapporte : 1° un cas de William Hunter : l'utérus inversé fut excisé, et la malade mourut; un deuxième cas appartenant au docteur Denman : ce chirurgien place une ligature sur une tumeur utérine, vomissements, douleurs vives, symptômes alarmants, la ligature est relâchée, puis resserrée, la mort arrive au bout de quelques jours. On trouve à l'autopsie un corps fibreux du poids d'une once, sans pédicule et suspendu à l'utérus inversé qui avait été compris dans la ligature.

L'*American Journal of medical sciences* (avril 1849) donne l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans, de faible santé, offrant depuis longtemps des signes d'une affection utérine. On diagnostique, un polype remplissant la moitié supérieure du vagin ayant un pouce de diamètre et un peu moins d'un pouce de long ; section par la ligature. A l'examen de la pièce, on trouve une tumeur fibreuse parfaitement sessile, le pédicule enlevé n'était autre chose que le fond de l'utérus. La malade se rétablit cependant assez rapidement, jouit dans la suite d'une bonne santé, mais ne fut plus menstruée.

On lit dans la *Gazette médicale*, 1837, p. 122, une observation fort curieuse, empruntée à un auteur anglais, M. Bloxam : c'est encore un exemple d'erreur de diagnostic qui, malgré l'opération, fut suivie de guérison ; nous croyons devoir rapporter cette observation qui donne de bons renseignements sur l'aspect et les caractères de la tumeur.

Observation d'inversion de l'utérus, prise et traitée pour un polype, par M. Bloxam. — En juillet 1835, mon père et moi, nous examinâmes l'utérus d'une femme dont les forces étaient épuisées par une abondante hémorrhagie vaginale. Le sang coulait à des intervalles irréguliers depuis plusieurs mois, tantôt avec profusion, tantôt modérément ; les intervalles étaient remplacés par un flux muqueux.

Nous trouvâmes une tumeur globuliforme mais oblongue, sortant du col pour un pouce et demi, elle était plus large inférieurement qu'à l'endroit du museau de tanche, son col allait en diminuant de bas en haut ; le doigt pouvait suivre cette partie décroissante à travers le col de l'utérus, elle supportait sans douleur la palpation et même le pincement ; l'enfoncement de l'ongle cependant causait de la douleur, mais elle n'était pas comparable à la sensibilité du col. La tumeur était couverte d'une membrane lisse, glissante et tendue ; elle était mobile latéralement et offrait une élasticité suffisante pour soutenir son propre poids sans peser sur les parties adjacentes. Le col de la matrice était souple et permettait le passage du doigt entre la paroi et la tumeur, mais pas au point de laisser distinguer la nature de l'attache de la tumeur dans l'utérus. Nous pensâmes d'abord que c'était un polype, et j'ai cru moi-même que tous ces symptômes s'accordaient parfaitement avec cette idée. Nous nous décidâmes par conséquent à y poser une ligature, ce que nous exécutâmes à l'ordinaire au moyen d'une canule, et nous la serrâmes assez fortement. L'opération ne parut pas incommoder la malade et nous nous retirâmes quelques minutes après. Une heure après cependant, on vint nous avertir que la femme souffrait considérablement. Nous nous y rendîmes à l'instant ; la malade nous exprima et par gestes et par paroles, l'intensité très grande de ses souffrances, se plaignant de très vives douleurs au dos et à l'hypogastre, au point qu'elle semblait comme une maniaque. Nous ôtâmes la ligature et ses souffrances disparurent. Elle se crut passer de l'enfer au paradis ; les douleurs n'ont pas reparu et aucun accident ne survint depuis, qui pût être attribué à cette opération.

Un nouvel examen de l'état des choses et surtout du commémoratif

de la maladie, nous donna la certitude que nous avions affaire à un renversement de la matrice.

Le 5 août, quinze jours après la première opération, on applique une nouvelle ligature; le 21 du même mois, la tumeur tombe, on la dissèque et l'on reconnaît qu'elle est formée par la matrice dont on peut distinguer la cavité et les trompes de Fallope.

La malade finit par guérir complétement.

Nous n'avons pas eu l'intention de rechercher toutes les observations de ce genre, elles sont trop nombreuses; mais, nous avons cru devoir rappeler ces faits qui indiquent bien les dangers des erreurs diagnostiques en pareil cas. Ces observations nous montrent, du reste, que si l'on peut confondre un renversement simple avec un corps fibreux, on peut encore se préparer les plus grands mécomptes, si le corps fibreux étant reconnu on ne cherche pas à savoir s'il n'est pas compliqué de renversement. Nous avons à étudier ces deux points.

Il faut d'abord rappeler que l'on peut admettre deux degrés principaux dans le renversement de l'utérus: l'un, dans lequel le fond de l'organe descend plus ou moins bas dans le col ou dans le vagin, sans que la portion vaginale du col participe au renversement: c'est le renversement incomplet; l'autre, dans lequel le fond de l'organe, en pénétrant dans le vagin, a déplissé le col lui-même, et se présente sous la forme d'une tumeur qui se continue presque sans ligne de démarcation avec les parois du vagin: c'est là le véritable renversement complet. Mais ce renversement est fort rare ainsi que le fait remarquer M. Aran, qui a étudié cette question d'une manière très remarquable (*op. cit.*), et si nous ajoutons avec cet auteur, qu'il faut souvent dans ce degré la plus grande attention pour reconnaître où commence l'utérus et où finit le vagin, on concevra que nous n'ayons pas à nous en préoccuper. Ce que nous venons de dire fera comprendre que l'on devra s'appliquer: 1° à explorer avec soin l'anneau

embrassant la tumeur et la rigole qui lui fait suite ; 2° à s'assurer que le fond de l'utérus n'occupe plus dans le bassin la place qu'il y tient habituellement. On pourra accomplir la première partie de cet examen avec le doigt. M. Aran regarde comme facile, en général, de contourner la tumeur avec le doigt (*loc. cit.*, p. 893) ; s'il est arrêté à *peu de profondeur*, si l'on sent en dedans du col ce que l'on perçoit au fond du vagin dans le cas de renversement complet, c'est-à-dire une *continuité* entière entre la tumeur et la paroi, le renversement pourra déjà être diagnostiqué. Cette exploration n'est pas toujours aussi facile, soit à cause de la hauteur du col, soit à cause de l'étroitesse de l'anneau du col ; il faut alors se servir de la sonde utérine. On peut encore pratiquer simultanément le cathétérisme vésical et le toucher rectal, et faire venir l'instrument et le doigt à la rencontre l'un de l'autre, ce qui indique que le corps de l'utérus n'est plus à sa place. M. Malgaigne (*loc. cit.*) a proposé de diriger une sonde d'homme introduite dans la vessie, non pas seulement vers le doigt rectal, mais dans l'infundibulum utérin, de manière à sentir l'extrémité mousse de l'instrument dans l'épaisseur même de la tumeur. Nous ne pouvons que mentionner cette idée ingénieuse, n'en ayant pas rencontré nulle part l'application pratique. Supposons maintenant qu'au lieu de cette rainure peu prononcée située à une même hauteur aux différents points de la circonférence de la tumeur, on ait rencontré un pédicule plus ou moins large, le diagnostic sera complet. Mais, d'une part, le doigt rectal et la sonde vésicale ne peuvent pas toujours se rencontrer en arrière de l'utérus, et de plus un certain nombre de tumeurs se continuent sans ligne de démarcation avec la paroi utérine, leur pédicule étant constitué par le fond même de l'organe. Si la rigole dont nous avons parlé se trouve à une grande profondeur, et que cependant on ne puisse passer en arrière de l'utérus, on pourra penser que la tumeur qui fait saillie au col n'est

pas seulement formée par l'utérus renversé, mais aussi par une production nouvelle qui, ajoutant à l'épaisseur de sa paroi supérieure, lui permet de faire saillie dans le col. C'est ce qui existait chez une malade de la Charité, dont j'ai déjà parlé; la tumeur faisait saillie entre les lèvres du col, elle avait à peu près le volume d'une orange et se continuait sans ligne de démarcation avec le fond de l'utérus; ce que l'on ne constatait qu'en faisant cheminer le doigt à une grande profondeur. Mais quand il s'agira de savoir si, derrière cette tumeur que sa consistance, sa forme arrondie, pourront souvent et très heureusement aider à reconnaître, il y a inversion utérine, il me semble bien difficile de donner des indications. Il doit suffire au chirurgien d'être prévenu que cette disposition peut exister pour qu'il la soupçonne, et je dirai même pour qu'il l'admette, se plaçant, ainsi, dans le cas de la supposition la plus grave. Je dirai plus, c'est que je crois que toute tumeur en continuité avec les parois de l'utérus qui s'est engagée dans le col, s'accompagne toujours d'une inversion utérine quand elle est d'un volume moyen; il y a même des tumeurs pédiculées qui sont dans ce cas, ainsi que nous le savons. Je pense, du reste, qu'en pareil cas il faut tenir grand compte du commémoratif; si l'inversion, ou ce qui la simule, s'est produite en dehors de l'accouchement, il y a grandes chances pour qu'il y ait une tumeur fibreuse, ce qui ne veut pas dire que certaines inversions qui surviennent après l'accouchement ne soient pas dues à des tumeurs fibreuses: nous aurons occasion d'en parler. Si nous n'avons pas indiqué les caractères de la tumeur elle-même, sa sensibilité, les hémorrhagies dont elle est le siége pendant la période menstruelle, la présence de l'orifice des trompes, ce n'est pas que nous les croyions sans valeur, mais aucun d'eux, si ce n'est le dernier, qui est exceptionnel, ne peut permettre de se prononcer. Ils peuvent être utilement ajoutés aux signes fournis par l'explo-

ration, mais ils ne doivent avoir qu'une valeur très secondaire, et il ne faut pas que l'attention s'égare dans leur recherche.

D'autres déplacements de l'utérus ont encore produit des erreurs, mais elles sont bien moins sérieuses. Nous avons dit plus haut que tout corps fibreux, dont le doigt ou un instrument porté dans la cavité de l'utérus parcourait toute la surface et le distinguait ainsi de la paroi de l'utérus, constituait une tumeur intra-utérine, ou polype fibreux, quelle que fût du reste la longueur du pédicule; et que les tumeurs fibreuses dont le doigt ou la sonde utérine ne pouvait embrasser qu'une des faces ou une médiocre partie de la circonférence, étaient des tumeurs fibreuses inter-utérines ou interstitielles.

Qu'une de ces tumeurs soit renfermée dans la paroi postérieure, et qu'elle fasse dans le cul-de-sac recto-utérin une saillie arrondie, elle sera inévitablement prise par le toucher vaginal pour une rétroflexion; c'est un fait auquel j'ai déjà fait allusion, et par lequel on est pour ainsi dire inévitablement trompé, si l'on n'emploie pas la sonde utérine, qui, pénétrant par la courbure en haut, nous indique que le canal utérin n'est pas dévié en arrière. J'ai souvent observé cette disposition sur le cadavre. Mais, ainsi que je le disais et qu'on le comprend, la détermination de ce diagnostic n'aurait d'importance que s'il y avait des troubles qu'une tumeur interstitielle du volume d'une noix occasionne rarement.

Nous avons maintenant à signaler un autre ordre d'erreurs ou de difficultés diagnostiques qui ont pu faire confondre les tumeurs fibreuses avec d'autres tumeurs développées dans les parois ou au voisinage de l'utérus; cependant nous croyons devoir d'abord dire un mot du cancer de l'utérus. L'écoulement abondant et fétide que fournissent ou qu'occasionnent certaines tumeurs fibreuses

les modifications qu'elles peuvent subir, leur gangrène, leur morcellement en particulier, l'aspect général des malades, les hémorrhagies, sont autant de causes qui peuvent conduire à une erreur d'interprétation. Il me semble pourtant bien difficile d'y demeurer longtemps; la tumeur, en effet, est dans l'utérus, et elle donne alors lieu, bien que rarement, à ces phénomènes; ou elle est dans le col ou le vagin. Le cancer du corps de l'utérus est, on le sait, extrêmement rare, et rarement primitif; nous pouvons donc ne nous occuper que du cancer du col.

Celui-ci, dans certaines variétés dites *cancer profond du col*, le déforme, lui donne une apparence dure et bosselée; mais ce n'est pas cela qui fait la confusion, c'est l'état que je rappelais tout à l'heure, et pendant lequel on rencontre ces vastes ulcérations défigurant le col, s'étendant souvent aux parois vaginales, et saignant au moindre contact. Mais, ou bien la tumeur fibreuse a conservé sa forme et sa consistance, alors il n'y a pas de doute; ou si elle est morcelée ou ramollie, elle n'a pas du moins envahi les parties situées autour d'elle, et permet même de reconnaître le pourtour du col ou son point d'implantation. Nous ne voulons pas insister et chercher, soit dans un examen approfondi de l'état local, soit dans la comparaison des symptômes généraux, des différences le plus souvent évidentes. Nous ne ferons que signaler aussi les kystes de l'utérus. Quelquefois ces kystes sont fermes, résistants, non transparents; il en est aussi de pédiculés, qui peuvent simuler un corps fibreux ou un polype, surtout s'ils siégent à la partie supérieure du col : une ponction lèvera tous les doutes. (Huguier, *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. I, p. 270.) Il en est même d'interstitiels, ainsi que M. Huguier nous en a montré un fort beau dessin.

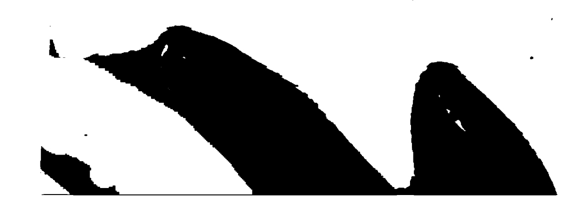
Nous avons à signaler tout d'abord, parmi les tumeurs qui se développent au voisinage de l'utérus, certaines tu-

meurs fibreuses dépendant de l'appareil génital, mais situées de telle sorte qu'elles ne peuvent pas être rapportées à l'utérus, et doivent en être soigneusement distinguées; je veux parler des tumeurs fibreuses qui se développent au voisinage du col de l'utérus, dans les cloisons recto-vaginales ou vésico-vaginales. Dupuytren (*loc. cit.* p. 326) y a surtout insisté au point de vue clinique, et c'est à ce seul point de vue que nous devons les envisager. Elles ne sont pas difficiles à reconnaître. Leur siége permet de les explorer et de reconnaître leurs caractères; ce qu'il faut bien déterminer, c'est ce siége lui-même. Il est certaines d'entre elles que l'on peut opérer, d'autres auxquelles il faut bien se garder de toucher. Dupuytren a opéré une de ces tumeurs fibreuses, développée entre l'utérus et la paroi antérieure du vagin. On conçoit que l'énucléation puisse être pratiquée quand elles occupent ce point du pourtour du col; mais si la tumeur s'est développée entre le vagin et le rectum, s'est coiffée du cul-de-sac postérieur et le refoule, où si elle s'est même placée sur les parties latérales du col, l'on comprend à quel danger on s'exposerait en opérant; il suffit de se rappeler la disposition du péritoine et les rapports que les tumeurs qui se sont développées dans ce point peuvent affecter avec cette membrane. Nous y avons fait allusion en parlant des tumeurs interstitielles du col, énucléables quand elles sont attaquées par sa cavité ou dans l'épaisseur de ses lèvres. On voit, du reste, comment on peut les distinguer; celles du col faisant saillie dans sa cavité ou sur sa surface externe ; celles qui sont extérieures le soulevant ou le déplaçant et s'enveloppant du cul-de-sac vaginal, que les autres ne font que déprimer. C'est donc à reconnaître l'existence du cul-de-sac vaginal que l'on devra surtout s'attacher, sans préjudice, bien entendu, de la recherche et de l'exploration du col.

Nous rappellerons brièvement que des tumeurs dures,

osseuses ou ostéocartilagineuses peuvent prendre origine sur la face antérieure du sacrum. C'est, du reste, un des siéges les plus fréquents de ce genre de tumeurs dans le bassin, ainsi que l'a fait voir notre ami et collègue le docteur Dolbeau (*Mém. sur l'enchondr. du bassin*, *Journal du Progrès*, 1860), et si nous les signalons à propos de notre sujet, c'est que nous trouvons dans la clinique de M. Nélaton (*op. cit.*, p. 707) un cas où ce chirurgien dut effectuer un examen des plus complets, pour déterminer l'origine d'une de ces tumeurs, au point de vue qui nous occupe; si nous nous rappelons que certaines tumeurs sous-péritonéales peuvent venir se développer en ce point, nous comprendrons mieux encore que le diagnostic puisse être difficile.

Dans le cul-de-sac recto-utérin se développe encore la maladie désignée par M. Nélaton, sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine;* c'est encore un de ces cas exceptionnels du diagnostic différentiel qui nous occupe, et cependant il est des causes et des exemples d'erreurs. Dans son excellente monographie le docteur Voisin (*De l'hématocèle rétro-utérine*, 1860, p. 193) rapporte, d'après le docteur Engelhard, une erreur de diagnostic commise sur une femme atteinte d'hématocèle rétro-utérine qui fut regardée par M. le professeur Stoltz, comme étant une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de la matrice; il pensa ultérieurement que la tumeur était un kyste. Le même auteur emprunte aux *Bulletins de la Société de biologie* de 1856, une observation de M. Lecorché, relative à l'autopsie d'une femme âgée de soixante-six ans, et portant une énorme tumeur fibreuse ramollie, fluctuante, et dont le siége aurait pu en imposer pour une hématocèle. Les différentes difficultés relatives à ce point de diagnostic ont été exposées par M. Nélaton, auquel nous ne saurions mieux faire que de les emprunter. (*Moniteur des hôpitaux*, 1857.)



Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, dont voici l'histoire :

Il y a cinq ans, elle eut une couche qui paraît avoir été normale. Six semaines après l'accouchement, survint, sans cause appréciable, une hémorrhagie abondante. La malade se mit au lit, mais, au bout de quelques jours, elle reprit ses travaux habituels, bien que sentant de temps à autre des malaises et un sentiment de pesanteur dans le bassin.

Il y a deux mois, elle eut une autre couche ; quinze jours après elle est prise d'une hémorrhagie considérable, et, depuis six semaines, elle est presque constamment sujette à des hémorrhagies utérines répétées et considérables.

Par le palper abdominal, on sent une tumeur volumineuse dans la région hypogastrique. Cette tumeur, située sur la ligne médiane, remonte jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au premier abord, elle semble globuleuse, régulière, et donne assez complétement l'idée d'un utérus contenant le produit de la conception.

La malade, interrogée sur ce point douteux, répond qu'elle n'en sait rien. Elle a accouché, dit-elle, il y a deux mois, et, depuis six semaines, elle se trouve exposée à des hémorrhagies presque continuelles : de ce côté, donc, pas d'éclaircissement.

En examinant plus attentivement cette tumeur, on finit par découvrir qu'elle n'est pas aussi régulière qu'il semblait au premier abord. Elle se divise en deux parties principales et très distinctes :

1° L'une, facile à sentir immédiatement au-dessus du pli inguinal du côté gauche, est plus petite, de forme arrondie et globuleuse et facilement délimitable ;

2° L'autre, qui est celle dont nous avons eu la sensation à notre premier examen, occupe, comme nous l'avons dit, la ligne médiane et remonte jusqu'à une petite distance de l'ombilic.

Il semblerait que cette tumeur n'est autre chose que le corps de l'utérus, mais un toucher vaginal attentif ne tarde pas à démontrer qu'il n'en est rien. On trouve facilement le corps de l'utérus ; il est sain, mobile et n'offre aucun caractère particulier. Or, un mouvement de bascule, imprimé de bas en haut à ce col, ne se transmet pas du tout à la tumeur dont nous parlons, et se transmet, au contraire, fort bien à la petite tumeur que nous avons signalée au-dessus du pli inguinal du côté gauche. C'est donc là le corps de l'utérus.

Mais, par des mouvements complexes imprimés au col, on arrive à cette déduction : que si la grosse tumeur médiane n'est pas l'utérus lui-même, elle a certainement avec lui des connexions intimes ; elle a une consistance très ferme et elle est peu mobile dans l'abdomen.

Sur la partie antérieure de la ligne médiane de cette tumeur, on sent un petit hémisphère surajouté à sa masse, peu adhérent et qui paraît même comme pédiculisé, car on peut lui faire exécuter des mouvements assez étendus sur la grosse tumeur.

A quelle affection avons-nous affaire? De quelle nature est cette masse et à quel organe appartient-elle?

Je crois que nous nous trouvons en présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus, et voici pourquoi :

L'ovaire est bien, il est vrai, sujet aux tumeurs fibreuses ; mais toutes les tumeurs de l'ovaire jouissent d'une extrême mobilité. Elles se déplacent à chaque mouvement que font les malades, et les mains de l'observateur leur impriment des positions variables et très étendues.

Nous rejetons donc toute hypothèse d'une affection de l'ovaire.

Si l'on réfléchit *à notre examen*, aux résultats que nous ont donnés alternativement ou simultanément le palper abdominal et le toucher vaginal, on conclut forcément que la tumeur dont il s'agit est intimement unie au corps de l'utérus, si même elle n'est pas interstitielle.

Mais quelles sont les tumeurs qui nous donneraient les mêmes signes?

Il se forme quelquefois dans les anfractuosités péritonéales qui entourent l'utérus, et particulièrement dans le cul-de-sac utéro-rectal des épanchements de sang. La partie liquide du sang est résorbée, tandis que la partie solide qui reste, acquiert une consistance très dure.

Ainsi, en prenant pour exemple le cul du-sac rétro-utérin, il n'est pas rare qu'un épanchement sanguin devienne assez considérable pour refouler les masses intestinales, occuper, comme dans le cas dont il s'agit ici, une grande partie de l'abdomen, et, lorsque la partie liquide a été résorbée, on peut constater une tumeur très résistante, plus ou moins régulière, souvent lobulée, en raison des obstacles que l'épanchement sanguin a rencontrés.

Nous pourrions avoir affaire à une affection de cette nature. Nous ne le croyons pas cependant ; car, si dans l'hématocèle il peut y avoir des inégalités, de petites tumeurs surajoutées à la masse totale, elles conservent toujours une assez grande adhérence, et ne présentent jamais de pédicules comme la petite tumeur hémisphérique dont nous avons signalé l'existence chez notre malade.

En outre, dans l'hématocèle rétro-utérine même ancienne, la partie résorbée en dernier lieu est toujours celle qui occupe le cul-de-sac rétro-utérin ; et le toucher le plus attentivement pratiqué nous a révélé que, dans ce cas, il n'y avait pas de tumeur rétro-utérine.

Enfin, dans l'hématocèle, il est une position que l'utérus vient prendre presque invariablement ; il vient s'appliquer immédiatement derrière la symphyse pubienne, sur la ligne médiane.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées le peu de temps passé auprès du lit de la malade; c'est par l'étude attentive des symptômes depuis cinq ans, que l'on pourra arriver à un diagnostic tout à fait absolu.

L'énorme volume de cette tumeur pourrait-elle nous faire hésiter à la regarder comme un corps fibreux ? Il n'en est rien. Les corps fibreux prennent chez certaines jeunes femmes un développement tel, qu'ils simulent une grossesse de sept ou huit mois. Ils peuvent même acquérir des dimensions encore plus considérables.

On a pu voir, il y a quelques années, dans ce service, un cas des plus remarquables en ce genre.

Les tumeurs de l'ovaire peuvent en effet être confondues avec les tumeurs fibreuses de l'utérus; si ce sont des tumeurs fibreuses, je ne vois même pas la possibilité de les distinguer des tumeurs sous-péritonéales pédiculées. Dans la plupart des cas, au contraire, on pourra distinguer les kystes ovariques des tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus. Mais nous avons déjà pu faire observer que ces masses fibreuses devenaient quelquefois fluctuantes, elles peuvent alors embarrasser les chirurgiens les plus habiles; les rédacteurs de ses leçons cliniques (t. *III*, p. 285) rapportent que Dupuytren, ayant eu à examiner la femme du concierge des Arts-et-Métiers, crut à une hydropisie enkystée. Il s'agissait d'un énorme polype occupant toute la cavité de l'organe qu'il avait extraordinairement agrandie.

A côté de cette observation, nous rappellerons celle non moins connue de M. Gaubric (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1841, p. 234): la tumeur occupait la fosse iliaque et le flanc droit, on la prit pour une hydropisie enkystée de l'ovaire, elle pesait 2 kilogrammes, et était composée de trois lobes. M. Barth a présenté à la même Société (t. XXXVII, p. 55), un fait plus curieux encore dont nous avons déjà parlé. L'abdomen étant ouvert, on ne pouvait savoir encore si c'était un kyste ou une tumeur fibreuse. Cette tumeur très

volumineuse prenait naissance dans la paroi postérieure de l'utérus, c'était un corps fibreux muni d'un kyste dans son intérieur et contenant trois litres d'un liquide citrin albumineux.

Enfin, l'observation de M. Luys est encore un exemple de tumeur fibreuse de l'utérus prise pour un kyste de l'ovaire; on fit même une ponction capillaire à la suite de laquelle la malade succomba en trente-six heures. La tumeur que nous avons déjà décrite était multilobulaire, il n'y avait pas de péritonite.

Ces quelques exemples sont bien propres à démontrer que l'erreur peut devenir inévitable, et s'il nous paraît facile de différencier, en général, les kystes de l'ovaire des tumeurs fibreuses, nous pensons que des cas semblables ne peuvent être prévus par des préceptes théoriques, que nous nous garderons de donner, il suffit d'avoir signalé cet ordre de faits.

Il est enfin un mode de terminaison que nous avons cherché à rattacher aux tumeurs interstitielles, et qui est également bien propre à faire errer le diagnostic; je veux parler des inflammations qui s'établissent dans la coque de ces tumeurs, s'accumulent entre les parois qu'elles distendent et la tumeur qui est quelquefois désagrégée, et peuvent amener la perforation de la paroi utéro péritonéale.

Nous avons donné à propos de ces terminaisons la remarquable observation de M. Huguier (voy. p. 59). Nous rappellerons ici une observation de Dance (*Archiv.*, 1829, t. XXI). Il s'agit encore d'une tumeur interstitielle: une femme de quarante-deux ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu presque mourante. Les règles avaient cessé depuis quatre ans, et avaient été remplacées par des flueurs blanches abondantes, avec douleurs, malaises, vomissements et fièvre depuis quelques jours. La femme mourut rapidement. On avait constaté que la matrice avait le volume d'une tête de fœtus à terme,

que le col était sain et régulier. Une incision faite sur la matrice, qui avait le volume indiqué, laissa écouler 8 à 10 onces de pus ; et l'on constata qu'elle conduisait dans un foyer compris dans l'épaisseur de la paroi antérieure et logeant un corps fibreux. La cavité de l'utérus qui ressemblait à un sinus é'roit et allongé était refoulée obliquement à gauche.

Ce sont encore là des cas proposés au diagnostic et qu'il n'a pas résolus, et il est à craindre qu'en l'absence de commémoratifs on ne les confonde avec les inflammations dites péri-utérines que l'on a si souvent occasion d'observer.

Pronostic. — Il faut évidemment tenir compte pour l'établir, du siége de la tumeur fibreuse à laquelle on a affaire, de son volume, de l'âge des malades, et, je devrais ajouter, de l'état de vacuité ou de gravidité de l'utérus; mais je traiterai dans un même chapitre tout ce qui a trait à la question obstétricale.

Il est évident qu'à de très rares exceptions près les corps fibreux, si fréquents dans l'âge mûr, constituent cependant une lésion insignifiante, et que dans la période d'activité utérine ils passent souvent inaperçus lorsqu'ils sont peu volumineux, que l'utérus est en vacuité et qu'ils ne font pas saillie dans la cavité utérine.

Les tumeurs fibreuses interstitielles provoquent en effet l'hémorrhagie beaucoup moins souvent que les tumeurs contenues dans la cavité de l'utérus, et elles ne sont plus graves que parce qu'elles échappent ou à peu près à l'action chirurgicale. C'est en effet aux hémorrhagies qu'est subordonnée la gravité tout entière de cette affection, et nous avons assez déterminé les conditions dans lesquelles elle se produit pour ne pas y revenir.

Mais nous devons ajouter comme correctif, que la plupart des opérations pratiquées pour des corps fibreux pédiculés d'un petit ou d'un moyen volume, se sont terminées par la guérison, et que si l'opération est le véritable agent curatif

des hémorrhagies, elles ne doivent pas persister indéfiniment, dans tous les cas où l'on est obligé de ne pas agir chirurgicalement.

Nous avons, en effet, eu soin d'établir que non-seulement les accidents pouvaient diminuer, mais encore que la tumeur pouvait entrer en décroissance, se flétrir, devenir crétacée ou même disparaître après la ménopause. Il est juste d'ajouter cependant que chez ces malades la période menstruelle se prolonge six ou sept années et plus que dans l'état ordinaire; mais, par contre, la diminution spontanée peut s'observer, dans des cas très exceptionnels, avant la ménopause. Nous devons à M. Demarquay l'observation suivante : « J'ai revu il y a peu de jours une jeune dame polonaise qui portait un énorme corps fibreux de l'utérus, cette jeune femme éprouvait de grandes douleurs et des pertes incessantes, elle demandait à être délivrée à tout prix. Le volume de la tumeur, et surtout le développement qu'elle avait acquis du côté de l'abdomen, me firent refuser l'opération : trois ans se sont écoulés depuis cette époque, les pertes et les douleurs ont notablement diminué, la fraîcheur et l'embonpoint sont revenus, et ce qui est plus curieux encore, c'est que le corps fibreux a notablement diminué, et cela sous la simple influence du repos, du régime, de l'air de la campagne et de la mer. De tels faits sont exceptionnels, mais *très exceptionnels* aussi sont les accidents autres que l'hémorrhagie, ou du moins les accidents graves dont j'ai fait l'histoire au chapitre des terminaisons et du diagnostic. Celui que l'on doit le plus redouter, c'est la péritonite, non qu'il ait été très souvent observé, mais parce qu'on peut, chez les malades très anémiées, le voir naître sous l'influence des explorations simples du cathétérisme ou de certaines manœuvres accessoires à l'opération.

Somme toute, envisagées en elles-mêmes, ces tumeurs peuvent être considérées comme bénignes, *mais par les hé-*

morrhagies qu'elles provoquent, et l'accroissement énorme qu'elles peuvent prendre, elles constituent dans certains cas une maladie des plus alarmantes.

Le docteur West (*op. cit.*, p. 302) a essayé de préciser davantage cette question importante du pronostic en étudiant la durée des symptômes sur quarante malades soumises à son observation; il est regrettable qu'il n'ait pas donné les âges. Une de ces malades mourut après la délivrance, et dans un seul des trente-neuf cas restant, il y eut mort par hémorrhagie, encore ce fatal événement n'arriva-t-il que neuf ans après le début des symptômes : ces symptômes ont eu une durée moyenne d'un à vingt ans; dix-huit cas ont oscillé entre un et quatre ans, seize entre quatre et dix ans et cinq entre dix et vingt ans. Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est qu'une seule fois l'hémorrhagie ait entraîné la mort, et que les symptômes que provoquent ces tumeurs aient pu se continuer pendant dix et vingt ans sans entraîner la terminaison fatale. Aussi l'auteur que nous citons conclut-il que, contrairement aux maladies malignes, les tumeurs fibreuses de l'utérus n'offrent pas une tendance constante à s'accroître, et bien que, dit-il, la médecine ne fournisse pas de moyens certains de les guérir, et que la chirurgie ne puisse pas toujours en opérer la cure, on pourra rassurer la patiente en lui représentant en toute vérité que sa maladie est moins formidable que l'état grave où elle se trouve peut le faire supposer, et beaucoup moins qu'on ne l'a souvent répété. Ne manquons pas cependant de faire entrer en ligne de compte, dans l'appréciation générale du pronostic, les maladies intercurrentes auxquelles dispose l'état anémique.

Traitement. — Y a-t-il un traitement médical pour les tumeurs fibreuses de l'utérus? Si nous voulions établir que certaines préparations pharmaceutiques, certains médicaments, même l'iode, dont on a beaucoup parlé, ainsi que nous avons eu occasion de le dire, ont une action particu-

lière sur ces productions, nous serions obligé de répondre négativement; il n'y en a aucun. Mais il est un ensemble de moyens qui doivent être conseillés, et le seront avec avantage; ils permettront ou bien d'attendre l'opération lorsque l'évolution trop peu avancée du corps fibreux ne la permet pas encore, ou de modérer les accidents quand elle ne peut être pratiquée. Il est d'autant plus important d'y insister que nous connaissons les avantages de la temporisation, surtout lorsque les malades approchent de la ménopause. Il est facile de déduire l'ensemble de ces moyens des indications suivantes: repos absolu de l'organe, repos de la malade à toutes les époques menstruelles et pendant les hémorrhagies, emploi des médicaments toniques, d'une bonne alimentation et des moyens les plus propres à modérer les hémorrhagies lorsqu'elles sont abondantes.

M. le docteur Aran, qui a insisté avec raison sur l'utilité de cette conduite et parfaitement exposé la nature des moyens à mettre en usage, insiste sur la nécessité de la cessation absolue du coït. On ne saurait trop, en effet, dans ces cas, comme dans la plupart des affections utérines, insister sur ce point; mais il est une condition que l'on doit non moins réclamer, c'est l'immobilité dans la position horizontale pendant les périodes hémorrhagiques ou menstruelles, le quinquina, les ferrugineux, le perchlorure de fer par exemple, recommandé par M. Aran, à la dose de 30 à 50 gouttes dans les vingt-quatre heures, dans un véhicule approprié. Des applications ou des irrigations froides quand l'hémorrhagie se prolonge ou est abondante, au besoin l'usage interne de l'ergotine, sont des moyens qui, employés à propos et aidés des deux conditions principales dont j'ai parlé tout à l'heure, amélioreront la situation des malades ou l'empêcheront de devenir plus grave. Rien n'empêchera, du reste, d'essayer l'emploi des préparations fondantes, et en particulier des iodiques, à condition toutefois que les

fonctions digestives ou l'appétit n'en soient troublées. Si l'assimilation se fait dans de bonnes conditions, les pertes sanguines seront en partie réparées pendant les intervalles, et la malade aura de meilleures chances d'éviter cette anémie extrême qui, devenant elle-même une cause d'hémorrhagie, peut ajouter encore à la gravité de la situation. C'est à ce point de vue qu'il pourra être utile de conseiller aux malades l'air de la mer ou le séjour à la campagne.

Ces préceptes sont, du reste, aujourd'hui dans l'esprit de tous les praticiens; et nous ne pouvons ne pas rappeler que M. le professeur Cruveilhier, qui a étudié si complétement notre sujet, insiste sur l'emploi de ces moyens généraux, qu'il désigne sous le nom de *traitement atrophique*, et en particulier sur le repos horizontal, à la moindre hémorrhagie ou à la moindre douleur. Le moment d'opportunité de ce traitement est pour lui l'époque critique à laquelle correspondent souvent, soit l'état stationnaire de ces corps, soit une diminution notable dans leur volume, et par-dessus tout la cessation complète des accidents, tels que les douleurs, les hémorrhagies. Une observation fort remarquable d'atrophie spontanée accomplie à l'âge critique (*loc. cit.*, p. 672) vient confirmer la légitimité des espérances qne l'on est en droit de fonder sur ces observations, actuellement répétées par un grand nombre de médecins et de chirurgiens éminents. C'est même un fait sur lequel on pourrait nous reprocher de nous être souvent répété; mais il est si important, dans certains cas, que le chirurgien sache temporiser plutôt que de se lancer dans une opération hasardeuse, que nous n'avons pas craint d'y revenir toutes les fois quel'occasion s'en est offerte.

Essayons maintenant d'exposer les méthodes du traitement chirurgical, et d'en préciser les indications.

Il importe plus que jamais de maintenir nos divisions; c'est, du reste, par l'examen des méthodes ou procédés

applicables aux tumeurs fibreuses pédiculées dans un des points de la filière utéro-vaginale, que nous allons commencer.

M. Velpeau dans son *Traité de médecine opératoire*, Gerdy dans son *Traité des polypes*, M. Malgaigne dans sa *Thèse*, ont fait voir que dans tous les temps les chirurgiens avaient appliqué à la destruction des polypes de l'utérus les méthodes opératoires destinées aux polypes en général, quel qu'en soit le siége. Ces méthodes ont pour objet, soit d'agir sur le corps du polype : cautérisation, broiement; soit sur son pédicule : arrachement, torsion, ligature, excision avec le bistouri ou avec l'instrument de M. Chassaignac. Nous examinerons d'abord celles-ci.

L'arrachement et la torsion ne pourront être utilisés que très exceptionnellement pour la cure des tumeurs fibreuses pédiculées dans l'utérus. Il suffit, en effet, de réfléchir à la structure de leur pédicule et à sa consistance ordinairement forte, pour comprendre que, surtout en présence des faits malheureux rapportés par Levret, malgré les opérations de Lapeyronie et de Boudou, malgré les cas exceptionnels où on a pu les appliquer, ces méthodes qui se ressemblent par leurs inconvénients aient été réservées à d'autres espèces de polypes utérins. C'est donc entre la ligature et l'excision que nous aurons à opter.

Ligature.—On peut, à juste titre, malgré ce qu'Ambroise Paré, les auteurs plus anciens et surtout Guillemeau en ont dit, faire remonter à Levret l'histoire de la ligature appliquée aux polypes de l'utérus. C'est aux travaux justement célèbres de cet auteur qu'elle dut sa véritable intronisation dans la pratique, et l'on sait le faible de Levret pour cette opération. Nous devons dire cependant, qu'elle est aujourd'hui généralement abandonnée, chacun lui a fait ses reproches, mais personne n'a dressé contre elle un réquisitoire plus éloquent que celui que nous trouvons dans l'ou-

vrage souvent cité de M. West, p. 324. « Rien ne démontre mieux, dit-il, les dangers de l'ablation des polypes par la ligature, que les résultats que nous avons eus sur vingt cas rapportés par le défenseur le plus chaud de cette opération, le docteur Lee. Neuf sur vingt, c'est-à-dire presque la moitié ont eu un résultat fatal ; c'est le double de la mortalité de la taille, l'égal de la mortalité dans l'implantation du placenta sur le col, et même, ajoute M. West, une mortalité plus élevée que dans le choléra malin. » Nous trouvons la ligature trop sévèrement accusée par cette série de faits et par cette appréciation; mais les douleurs, les convulsions, les écoulements fétides, les accidents de résorption, la péritonite, la nécessité de garder plusieurs jours dans le vagin ou l'utérus l'instrument qui sert à la serrer, comparés à la simplicité de l'excision et surtout mis en regard de l'accident un peu chimérique ou du moins fort rare (l'hémorrhagie) contre lequel elle devait assurer, ont suffi depuis longtemps pour restreindre son emploi au cas où le pédicule semblait très vasculaire. Aujourd'hui que l'instrument de M. Chassaignac est venu fournir un procédé mixte qui n'a pas les inconvénients de la ligature, et qui peut mettre à l'abri des dangers de la section ordinaire d'un pédicule vasculaire, pour laquelle on l'avait encore réservée, je ne crois pas utile de m'arrêter à en décrire les procédés. On peut rapprocher de la ligature l'ingénieuse opération de Gensoul. Le polype est saisi par son pédicule avec une pince analogue aux pinces à polypes, mais dont les mors recourbés peuvent être fixés à demeure. M. Gensoul attribuait à son instrument l'avantage de faire tomber le tissu fibreux aussi bien au-dessus qu'en dessous de la striction. (*Revue méd. chir.*, 1851, p. 89.)

De l'excision. — « Les recherches et les dissections que j'ai pu faire, d'accord avec celles de M. Hervez de Chégoin, dit M. Velpeau (*op. cit.*, p. 394), m'ont démontré que les

corps fibreux proprement dits peuvent être excisés sans le moindre inconvénient. Jamais, en effet, ils ne tiennent à la matrice par un pédicule garni de vaisseaux volumineux. La couche, ordinairement très mince, de l'utérus, qui leur sert de coiffe, est réduite à une simple coque, qu'il suffit d'inciser pour que leur énucléation puisse être facilement terminée avec les doigts ou le manche d'un scalpel. » L'excision remonte, du reste, à Hippocrate, et fut souvent employée par les chirurgiens les plus connus de l'antiquité, jusqu'à l'époque où Levret fit triompher la ligature. Aussi Boyer, qui dit l'avoir employée avec succès, qui ne paraît pas éloigné de lui accorder la préférence, n'ose pourtant pas la recommander formellement comme méthode générale. Dupuytren la préconisa de nouveau, en démontra les avantages; aujourd'hui elle est généralement adoptée par les chirurgiens français, et MM. Velpeau et Hervez de Chégoin ont surtout contribué à en populariser l'emploi. Nous avons donné tout à l'heure le sentiment de West sur la ligature, et il y a longtemps que MM. de Siebold et Mayer ont publié un travail où ils consignent de remarquables succès obtenus par eux dans les hôpitaux de Vienne. Dupuytren, pour démontrer l'absence d'hémorrhagies après l'excision (ce qui constituait le principal reproche adressé à cette méthode), avait donné une statistique de 200 cas sur lesquels il ne l'avait observée que deux fois; M. Velpeau, sur 20 cas rapportés dans sa *Médecine opératoire*, ne l'a pas observée; et Lisfranc (*op. cit.*) n'en rapporte que 2 cas sur 165 excisions. On la pratique avec les grands ciseaux courbes de Dupuytren ou avec un long bistouri boutonné, courbé sur le plat, ou même avec un bistouri ordinaire, garni de linges de manière à ne laisser libre que l'extrémité de son tranchant. Les autres instruments, tels que les ciseaux en S de Mayer, les cuillers tranchantes de Lobstein, renouvelées de Fabrice d'Aquapendente, ou les ciseaux particuliers de

Richerand ne sont plus employés. Voici à quoi se réduit la manœuvre opératoire dont on trouvera les détails dans l'ouvrage de M. Velpeau (*op. cit.*, p. 395). Des pinces de Museux, introduites fermées dans le vagin, sont guidées par la main gauche, qui en dirige les crochets, sont implantées dans la tumeur et servent à l'abaisser doucement. Si le pédicule vient facilement, la section en est faite avec un instrument tranchant quelconque, tandis qu'un aide tient les lèvres de la vulve écartées. Mais si le polype résiste, il faut qu'avec un bistouri droit, conduit sur les doigts de la main gauche restée dans le vagin, l'opérateur aille couper la partie la plus rétrécie du polype. M. Velpeau, comme on le voit, n'exerce aucune traction sur l'utérus, en un mot, n'en pratique pas l'abaissement. Il faut, en effet, s'abstenir de cette manœuvre. M. Velpeau y insiste dans son enseignement; elle a au moins l'inconvénient d'être inutile, et peut être dangereuse. Il a suffi, en effet, que l'utérus ait été attiré au dehors, sans que l'opération fût pratiquée, pour que la malade mourût de péritonite; ce fait appartient à Lisfranc. Nous avons d'ailleurs fait remarquer que, chez ces sujets anémiés, la simple exploration de l'utérus pouvait entraîner la péritonite; il est donc sage d'éviter à cet organe de dangereuses tractions.

Si l'on se sert de l'instrument de M. Chassaignac, on devra faire usage d'un instrument droit ou courbe, et de préférence de l'instrument courbe. Celui-ci permet en effet d'opérer sur place sans abaisser l'utérus ; seulement au lieu de chaînes plates qui ne se courbent que dans un sens, M. Chassaignac emploie des chaînes susceptibles de s'infléchir dans tous les sens, moins fortes que les premières, mais assez pour la division des polypes ordinaires. L'écraseur courbe est introduit le long de la paroi recto-vaginale ; l'anneau de la chaîne, entourant la tumeur, est refoulé avec les doigts en même temps qu'on porte le manche de l'instrument

en haut jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur le pédicule du polype. Arrivé à ce point, on met en jeu le mécanisme de l'écraseur, et on détermine la section du pédicule. Si l'on n'a à sa disposition qu'un écraseur droit, on suivra le même procédé, seulement en introduisant l'instrument le long de la paroi antérieure du vagin; ou bien on abaissera l'utérus par des pressions sur la région hypogastrique et par des tractions faites à l'aide de pinces de Museux implantées sur le col et non sur le polype; et on agira avec la chaîne sur le pédicule amené ainsi hors de la vulve. Dans son ouvrage, M. Chassaignac rapporte quatre observations suivies de succès; la section du pédicule a demandé un temps variable de cinq minutes à un quart d'heure. Nous nous sommes assez expliqué sur l'abaissement pour que l'on prévoie que nous donnons la préférence à l'écraseur courbe.

M. Chassaignac a bien voulu nous remettre deux observations où sa méthode a été appliquée avec le même succès: il s'agit de tumeurs fibreuses du col. L'une des malades a été opérée par lui, l'autre par M. Abeille.

Nous trouvons dans l'*Union méd. de la Gironde* (janvier 1859, p. 38) la relation d'une opération pratiquée par cette méthode par M. Burguet. La tumeur était grosse comme un œuf de dinde, et implantée sur la paroi postérieure du col; c'est également un cas de guérison. Enfin, à la Société anatomique j'ai vu M. Depaul présenter des tumeurs ainsi opérées, et dans le *Bulletin* de 1858 (p. 465) je vois que M. Shloss a présenté un polype fibreux enlevé par le même procédé.

Les tumeurs qui nous occupent devaient en effet fournir à cette nouvelle méthode des cas évidemment favorables à son application. Il en est de même pour la ligature extemporanée de M. Maisonneuve qui, en somme, ne diffère que par l'instrument du procédé de M. Chassaignac. Dans son mémoire (p. 29), M. Maisonneuve rapporte un cas d'opéra-

tion heureusement pratiquée pour une tumeur fibreuse de 80 grammes, pédiculisée et fixée sur la paroi antérieure, mais ayant franchi le col.

En 1844, M. L. Boyer avait proposé un procédé dit par sercision, ayant pour but de scier sur place le pédicule du polype, en exerçant sur les extrémités du fil destiné à la ligature des tractions alternatives. Je retrouve, dans une observation publiée en 1834, dans le *Journal des conn. méd.-chir.*, une indication théorique, du reste, mais assez curieuse. Mécontent de la ligature à demeure, M. Lerpinière, médecin à Châtellerault, propose d'opérer les polypes avec une anse métallique assez solide pour couper immédiatement le pédicule par une constriction et un mouvement de scie convenablement ménagés.

L'incision par l'instrument tranchant ou la chaîne cou pante est donc la méthode adoptée. Mais il s'agit plus encore de préciser les indications de l'opération que les avantages des procédés.

Si le polype fibreux est dans le vagin, l'indication est aussi simple que l'opération; s'il est implanté dans le col ou même dans le corps, du moment que la dilatation du col permet d'explorer et d'atteindre le pédicule, l'indication est également précise, et dans tous les cas l'opération donne des résultats merveilleux et peut être considérée comme une des plus innocentes de la chirurgie. Les hémorrhagies cessent, les forces reviennent, il y a même un état pléthorique qui suit de près l'opération, et contre lequel Dupuytren, qui l'a signalé, employait quelques moyens préventifs. Ce grand chirurgien n'aimait pas, à cause de cela, les excisions complétement sèches, ce qui se voit assez souvent. Dans ces cas où la tumeur est facilement accessible, elle peut n'être séparée de la paroi de l'utérus que par une rainure ; nous avons cherché à indiquer ce mode intermédiaire, ce premier degré de la pédiculisation qui est quelquefois l'état défini-

tif. C'est dans ces cas que M. Velpeau conseille d'appliquer l'énucléation. On comprend en effet que, pourvu qu'on incise l'enveloppe du corps fibreux selon son plus grand diamètre, il n'en faille pas davantage pour qu'avec les doigts, le manche de l'instrument ou de simples tractions, on puisse séparer le noyau fibreux; les lambeaux ou se rétractent et se cicatrisent en revenant sur eux-mêmes, ou sont en partie détruits par la suppuration. C'est, en effet, l'opération que l'on devrait pratiquer dans des cas semblables, et si nous pensons que l'on peut à peu près indifféremment user de la chaîne de M. Chaissaignac ou de l'instrument tranchant, dans les cas dont nous parlions tout à l'heure, nous croyons beaucoup plus sage de réserver l'énucléation pour ces polypes semi-pédiculés.

Mais dans l'un ou l'autre de ces états, la tumeur peut être renfermée dans l'utérus, n'être pas accessible aux instruments du chirurgien, le col étant encore fermé ou incomplétement ouvert, et cependant donner lieu à des accidents. Si l'on croit pouvoir temporiser, et si le col est déjà en voie de dilatation, ce serait le cas d'administrer le seigle ergoté qui peut agir efficacement, grâce à l'hypertrophie des fibres musculaires de l'utérus, et dont l'action, bien qu'elle ait été insuffisante dans certains cas, et n'ait pas, par exemple, empêché le polype de se cacher de nouveau derrière le col après la cessation de l'hémorrhagie, a pu, d'autres fois, en provoquer la descente ou même l'expulsion spontanée. Mais si les accidents sont pressants, si l'on voit qu'il serait dangereux pour la malade d'attendre, comme le fit Bayle, que la tumeur se décidât enfin à sortir, ce qui n'arriva qu'au bout de deux ans, si l'on a bien reconnu sa position, il est encore assez souvent possible de l'atteindre.

Herbiniaux, le premier, avoit pratiqué la section du pédicule dans la matrice, mais la tumeur qui était volumineuse avait franchi le col de l'utérus, elle était même dans le vagin,

et ce ne fut qu'après avoir employé en vain la ligature qui provoqua de sérieux accidents qu'il se décida à faire l'excision (Herbiniaux, *Polypes de la matrice*, p. 107). Il ne s'agit donc pas ici des cas dont nous nous occupons. Mais Dupuytren précisa la conduite du chirurgien en pareilles circonstances (*op. cit.*, p. 360), et insistant à propos d'une observation où la dilatation mécanique du col fut suivie de péritonite sur les inconvénients de cette dilatation mécanique, il recommande d'inciser le col et cite des observations où l'emploi de ce procédé permit d'exécuter l'opération. Ce débridement peut être pratiqué de dedans en dehors avec le bistouri boutonné ou le lithotome, ou de dehors en dedans par un coup de pointe comme le faisait Dupuytren. M. Velpeau adopte aussi le débridement simple ou multiple du col, et pendant qu'un aide tire modérément sur la tumeur, il conduit au pédicule le couteau utérin ou les ciseaux courbes et l'excise à petits coups. Dans ces cas où l'abaissement a surtout été employé par Lisfranc, M. Velpeau n'hésite pas à en contredire formellement l'emploi : nous avons déjà cherché à faire comprendre les avantages de ce précepte. Cependant, les faits dont nous venons de parler se rapportent à des cas où déjà la dilatation du col était commencée; mais si l'on a intérêt à provoquer cette dilatation, ne faut-il pas en venir à l'un des moyens proposés pour l'obtenir? Les corps étrangers laissés à demeure ont été assez généralement rejetés; c'est, en effet là, une dilatation permanente qui, comme on le sait, est toujours mal supportée par les organes, ainsi de l'urèthre. Elle est, du reste, aveugle, mais on pourrait, en y consacrant des séances courtes et répétées, obtenir d'un col même encore assez long une dilatation suffisante, soit pour faire le diagnostic, soit pour préparer l'opération. Les dilatateurs de M. Laugier, celui de M. Busch ou de M. Huguier, ou même de simples pinces à pansements (L. Boyer), ont été utilisés pour cette manœuvre;

nous préférons évidemment l'emploi des dilatateurs dont l'action est régulière; on pourra, du reste, y joindre l'incision des lèvres du col, si on le juge convenable au moment de l'opération, et cette incision devra de préférence être pratiquée de dehors en dedans sur les lèvres tendues sur un instrument conducteur ou sur la tumeur quand elle est engagée. Ces incisions seront de préférence faites sur les parties latérales (1).

Comme on le voit, la question opératoire s'est déjà compliquée, et si nous l'avons vue si simple au début, c'est que nous avons également supposé des cas simples. Mais l'opération peut devenir difficile dans quelque point que soit placée la tumeur, pour peu qu'elle soit volumineuse. Je ne parle même pas des complications fournies par des adhérences accidentelles, de pseudo-pédicules, comme dans le cas de Bérard (*Archiv. génér. de méd.*, t. II, p. 88), où l'adhérence vaginale dut aussi être excisée.

L'observation d'Herbiniaux, dont nous parlions tout à l'heure, est un exemple des difficultés auxquelles nous faisons allusion. Il est évident, du reste, qu'en supposant (pour suivre toujours le même ordre), que ces tumeurs soient engagées dans le vagin, la difficulté sera d'autant plus grande que le pédicule sera plus haut implanté; elle pourra devenir presque insurmontable quelquefois, si la tumeur avait pris dans l'utérus même un développement considérable. On a, dans ces cas, proposé d'attirer la tumeur avec le forceps, dont Herbiniaux fit, le premier, usage. Depuis, cet instrument a été employé avec avantage dans un grand nombre de cas; mais, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, l'application de crochets avec lesquels

(1) Certains auteurs y ont joint l'emploi de la belladone. J'en trouve, par exemple, une observation donnée par M. Beck au *Bulletin de thérapeutique* pour 1858. Rien ne s'oppose à l'emploi de ce moyen qui, dans le cas cité, n'a pas empêché cependant de recourir à l'incision du col.

on peut érigner les différentes parties de la tumeur, à mesure qu'elle se présente et que la consistance de la tumeur permet d'appliquer solidement, peut être aussi utile, et le passage d'un ou de plusieurs cordons résistants dans l'épaisseur de la tumeur est encore un bon moyen de traction. Mais si le volume de la tumeur s'oppose, dans quelques cas, à ce qu'elle franchisse le col, il est arrivé fort souvent qu'il ait mis également obstacle à sa sortie à travers la vulve ; il faut alors débrider cette ouverture. Dupuytren faisait une incision en arrière vers le périnée; nous croyons de beaucoup préférables les deux incisions latérales que M. Dubois recommande dans quelques cas d'accouchement, et qui souvent n'ont pas besoin d'être profondes pour amener une dilatation suffisante. On peut arriver au même but en diminuant le volume de la tumeur; c'est ce que M. Velpeau fit, en 1833, sur l'avis de M. Chassaignac. Un segment cunéiforme de la tumeur en forme de côte de melon fut taillé dans la tumeur, qui, réduite alors de volume, put franchir la vulve sans débridement.

Nous voyons noté dans cette observation (*Bulletins de la Soc. anat.*, 1833, p. 113) que l'utérus fut momentanément renversé, mais qu'il se réduisit spontanément. C'est, en effet, un accident qui suit assez souvent ces laborieuses tractions, mais qui se termine ordinairement de cette manière.

L'opération se termine naturellement par la section du pédicule que le chirurgien coupe, dès qu'il a pu le reconnaître. Il doit, du reste, si le pédicule n'est pas parfaitement distinct, s'il n'y a qu'une rainure, commencer par inciser l'enveloppe de la tumeur afin d'énucléer ensuite, et se défier des apparences de pédicule fournies par la striction du col, afin de ne pas s'exposer à laisser une portion notable de la tumeur dans l'utérus. C'est surtout là un reproche que l'on a fait à la ligature et contre lequel Levret se

défendit en disant que la portion abandonnée se flétrissait et tombait comme le cordon ombilical. M. Depaul (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1858, p. 455) l'a adressé à l'écraseur. Cet instrument ne peut, en effet, dans tous les cas, se substituer à l'excision avec le bistouri, si ce n'est pour les tumeurs du col qu'il énuclée avec une grande facilité, même lorsque leur base est large, ainsi que je le vois dans les observations que M. Chassaignac m'a remises; mais applicable dans tous les cas où le pédicule est bien délimité, il le serait plus particulièrement encore dans ceux où son épaisseur ou sa vascularité pourrait faire craindre l'hémorrhagie.

Nous avons fait allusion tout à l'heure aux cas où une tumeur très volumineuse est enfermée dans l'utérus.

Le diagnostic, ainsi que nous l'avons fait observer, peut être difficile, c'est-à-dire que l'on ne peut pas toujours distinguer une tumeur pédiculée d'une tumeur interstitielle. Une femme, âgée de trente-six ans, fut envoyée dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Kapeler. La tumeur remplissant la presque totalité du bassin, nous convînmes, dit M. Velpeau (*op. cit.*, p. 398), M. Marjolin, Kapeler et moi, que l'extirpation serait tentée par les voies naturelles. Je la saisis trois fois avec un forceps ordinaire, et trois fois mes efforts furent insuffisants pour la faire descendre. Craignant alors d'augmenter inutilement les souffrances de la malade, je crus devoir l'abandonner aux suites naturelles de son affection. Elle succomba au bout de quelques mois. A l'autopsie, nous trouvâmes un corps fibreux, dépourvu de pédicule en grande partie tombé en putrilage, ayant sa source dans l'épaisseur de la paroi gauche du col, dont il fut facile d'ailleurs de le séparer après en avoir incisé la couche du tissu naturel. Une autre tumeur, grosse comme deux les poings seulement, adossée par un de ses côtés avec la précédente, occupait la partie droite de l'uté-

rus, et se trouvait également enveloppée par une couche mince de cet organe.

Nous avons là un exemple de ce que peuvent être les difficultés du diagnostic et de l'opération en pareilles circonstances, et cependant, nous avons lu des exemples d'heureuse extirpation. Rappelons celui de M. Thierry que nous avons cité d'après M. Nélaton. Il y a au musée Dupuytren une tumeur fibreuse du poids de 1100 grammes, qui fut amenée au forceps en dehors de l'utérus par M. Scoutteten : une ligature fut placée, et la malade guérit malgré des accidents consécutifs. Il peut se présenter des cas où la tumeur est renfermée dans l'utérus, et peut être explorée à travers une dilatation suffisante du col, ou bien elle commence à s'engager sous l'influence de contractions utérines qui constituent un véritable accouchement; dans ce cas, l'indication est évidente, il faut aider la malade, et l'on sera quelquefois assez heureux pour la délivrer; cependant, si de volumineuses tumeurs engagées dans le col ne peuvent être attirées au dehors, on les enlève par fragments. J'ai vu dans les salles de M. Huguier un cas de ce genre : ce chirurgien distingué a enlevé une partie de la tumeur, mais l'utérus est encore distendu et le col largement ouvert par une masse anfractueuse ayant perdu beaucoup de sa consistance. Dans le cas contraire, on ne devra rien entreprendre à moins que l'on ait pu s'assurer que l'exploration de la cavité de l'utérus avec la sonde ou avec la main permet de circonscrire la surface de la tumeur tout entière et de reconnaître le pédicule, et encore, ne saurait-on user de trop de circonspection et ne se décider à attirer artificiellement la tumeur que si les accidents étaient pressants et que l'âge de la malade ne permît pas d'espérer leur prochaine cessation.

L'extirpation des tumeurs fibreuses pédiculées, praticable dans la grande majorité des cas, pourra donc offrir

de véritables difficultés en rapport 1° avec le point de l'utérus où elles sont implantées, et plus encore avec celui qu'elles habitent; 2° avec leur volume, qui, lorsqu'il est considérable, peut entraîner des difficultés dans toutes les positions de la tumeur et dans tous les moments de l'opération, sans cependant apporter un obstacle absolu à l'intervention chirurgicale, ou même à l'expulsion, ou mieux à l'engagement spontané, que l'aide du chirurgien transforme en expulsion définitive.

Pour certains polypes, on peut s'aider du morcellement; on a essayé le broiement, et je sais aussi que l'on a tenté d'agir sur des masses fibreuses que l'on pouvait atteindre, mais non extraire, avec des caustiques; mais ce sont là des ressources extrêmes, que l'on ne peut faire entrer en ligne de compte dans une étude qui ne peut embrasser que la généralité du sujet et ne peut que noter les cas exceptionnels. Nous pouvons dire d'ailleurs que, pour ces tumeurs, les opérations, lorsqu'elles sont restées incomplètes, ont été ordinairement funestes : c'est ce qui résulte, du moins, de quelques observations qui nous sont passées sous les yeux.

Les suites de l'extirpation complète des polypes fibreux par l'incision sont, au contraire, d'une remarquable simplicité; les soins à prendre après l'opération se réduisent à quelques injections, mais avant tout, au repos. Quelle qu'en ait été la facilité, on ne peut avant huit ou quinze jours permettre aux malades de se lever. S'il y a hémorrhagie, elle cédera ordinairement à des moyens simples : injections froides astringentes, applications froides ou glacées sur le ventre et les cuisses; le tamponnement présenterait, du reste, une dernière ressource que l'on ne sera heureusement conduit à employer que dans de rares circonstances.

Le retour à la santé est ordinaire; aussi peut-on conclure, en parlant du traitement des tumeurs fibreuses pédiculées

de l'utérus, en rappelant ce que M. Velpeau disait à une de ses leçons cliniques : Leur thérapeutique constitue un des plus beaux triomphes de la chirurgie.

Traitement chirurgical des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

L'idée de l'opération des polypes fibreux devait se présenter d'elle-même aux chirurgiens; le phénomène de la pédiculisation est en quelque sorte une opération préparatoire, mais il n'en a pas été de même pour les tumeurs interstitielles. Amussat, qui conçut et exécuta en 1840 la première de ces opérations, a pris soin lui-même, dans son Mémoire (p. 10), d'établir que tous les chirurgiens avant lui avaient émis les mêmes opinions sur la non-curabilité par l'opération de semblables tumeurs. Je crois que nous sommes actuellement revenus, ou bien près de revenir, à ces mêmes opinions un moment ébranlées par des opérations hardiment conçues et habilement exécutées. Quelques chirurgiens ont immédiatement marché sur les traces d'Amussat. Les deux opérations de ce chirurgien avaient été suivies de guérison; elles furent pratiquées en 1840 et 1841, et dans les années suivantes, j'ai retrouvé à diverses sources dix-sept observations relatives à cette opération; en comptant celles d'Amussat, il y a sept guérisons; mais dans deux de ces cas, qui appartiennent à Teale (*Med. Times*, août 1857) et à Pancoast (*Boston med. journal*, 1844), il est dit que la tumeur était en voie d'énucléation spontanée; restent donc cinq guérisons. Il y a dix morts. Je retranche également un fait de Simpson (*Edim. Monthly journal*, mars 1848) : c'est un cas de tumenr interstitielle de 4 livres dont ce chirurgien avait voulu obtenir l'énucléation en détruisant une partie de sa coque à l'aide de la potasse caustique. Du reste, pour le dire en passant, on lit dans le

Medical times (p. 139, vol. II, 1857) qu'Arnott, dans ses impressions de voyage, dit tenir de Simpson lui-même que, sur quatre cas où il a employé ce procédé, il n'a eu qu'une guérison, et qu'il y a renoncé. Nous avons donc quatorze opérations bien comparables sur lesquelles il y a neuf morts. Ce résultat, qui ne comprend sans doute pas tous les faits semblables, est, comme on le voit, de nature à justifier ce que nous disions tout à l'heure (1).

Si j'entrais maintenant dans l'analyse des observations, je ferais voir que certaines des malades qui ont guéri ont été exposées à de graves accidents. Les opérées d'Amussat elles-mêmes ont traversé des accidents fort graves, phlébite utérine et des veines iliaques et fémorales, que cet auteur a rapportés tout au long dans ses observations, et nous nous rappelons cet amincissement effrayant qu'il signale dans la première. D'autres opérations n'ont pas été achevées : aux difficultés du manuel opératoire s'ajoutent en effet, dans certains cas, des adhérences dont on ne peut prévoir l'existence (obs. de Bérard). Les opérations dont nous venons de parler ont trait à des tumeurs logées dans l'une ou l'autre paroi; les tumeurs interstitielles du fond sont-elles dans le même cas? Je ne sache pas qu'on en ait tenté l'énucléation, alors qu'elles sont encore d'un moyen volume, ce qui s'ex-

(1) Les observations citées appartiennent aux auteurs suivants :

Amussat, 2 cas (Mémoire, 1842).

Pancoast, 1 cas (*loc. cit.*).

Maisonneuve, 2 cas (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 272, et *Gaz. des hôp.*, décembre 1849).

Teale, 2 cas (*Med. Times*, 1856, 22 mars, et *loc. cit.*).

Atlée, 1 cas (*Transac. of american associat.*, t. VI, p. 539).

Boyer, 1 cas (*Revue médic.*, mars 1845).

Jarjavay (d'après L. Boyer), 1 cas (thèse de concours), p. 63).

Bérard, 1 cas (*Bullet. de la Soc. anatom.*, 1849, p. 82).

Chiari, 1 cas (*Clinik der Geburtshüffe*, p. 408).

Simpson, cas (*loc. cit.*).

Demarquay, 4 cas. Ces observations font partie d'un mémoire encore inédit, que l'auteur a bien voulu mettre à ma disposition.

plique par la difficulté du diagnostic. On conçoit cependant qu'en rendant libre leur extrémité inférieure, on favorisât leur expulsion. Mais rappelons-nous bien la minceur effrayante de la paroi utéro-péritonéale dans certains cas, et les dangers qui pourraient résulter de l'inflammation de la coque avant de songer à entreprendre une opération; ces tumeurs, au contraire, ont souvent été attaquées par le chirurgien lorsqu'elles renversent l'utérus, et nous avons vu qu'elles ont été la cause la plus fréquente d'amputations partielles de la matrice.

Dans un cas rapporté dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne (1845, p. 90), M. le Piez tenta l'extraction d'un de ces corps interstitiels du fond de l'utérus ayant déjà rempli sa cavité et tendant à s'engager dans le col dilaté; il ne s'aperçut, du reste, que pendant l'opération qu'il était interstitiel. Il l'énucléa et fit commencer les tractions; tout à coup le fond de l'utérus céda, et le chirurgien se trouva dans la cavité abdominale. Il crut, du reste, devoir achever l'opération, et pour en finir au plus vite enleva le fond de l'utérus avec un bistouri boutonné: la malade guérit! Quand ces tumeurs ont franchi le col en entraînant l'utérus, quelle est la conduite à suivre? On a évidemment la main forcée : il faut opérer. Le procédé employé dans un cas semblable par M. le professeur Jarjavay me semble devoir être préféré à ceux où la tumeur est coupée en travers et en pleine épaisseur, la moitié supérieure étant ensuite énucléée avec les doigts. Il est si difficile, en effet, de bien apprécier par les doigts où commence la tumeur et où finit l'utérus, qu'il sera plus prudent, je crois, de suivre la conduite tracée dans l'observation suivante que M. Jarjavay a bien voulu me remettre :

Il s'agit d'une femme d'environ cinquante ans, à laquelle M. le docteur Baron, de Montlignon, donnait ses soins. Quand je fus appelé en consultation auprès d'elle, je constatai la présence d'un corps dur, du

volume des deux poings, rouge et maculé çà et là sur la surface de taches de sang coagulé, faisant saillie hors de la vulve. Ce corps était sorti de cet orifice pendant un effort fait par la malade. Ce corps, parfaitement sphérique dans les trois quarts de sa surface, se continuait en haut avec un pédicule arrondi de 6 à 7 centimètres de diamètre. Ce pédicule se continuait insensiblement sur la tumeur par en bas, et en haut se prolongeait avec l'utérus, sans limite appréciable. La tumeur ayant été tiraillée successivement à droite et à gauche, le doigt indicateur put être porté dans le vagin, put suivre le pédicule et constater tout autour de lui à sa partie supérieure, un bourrelet circulaire. Dès lors, il fut évident pour moi que nous avions affaire à un polype fibreux, qui, en descendant dans le vagin et hors de la vulve, avait renversé l'utérus.

L'indication était également évidente. Nous devions faire la section du pédicule. Mais une difficulté se présentait, c'était de déterminer la limite du fond de l'utérus, afin de ne pas porter le bistouri au-dessus de ce fond et ne pas ouvrir le péritoine. La disposition régulière du pédicule dans toute son étendue, la manière dont il se continuait sur la tumeur, ne donnaient aucun renseignement pour résoudre cette question. D'ailleurs, j'avais présents à l'esprit trois cas récents dans lesquels des chirurgiens recommandables avaient eu le malheur de couper transversalement le pédicule trop haut, et avaient ouvert le péritoine. Pour éviter cet accident, j'eus l'idée de faire une section verticale sur la ligne médiane du polype de bas en haut. Le bistouri coupait avec d'autant plus de lenteur, que j'arrivais plus près du pédicule. Je pus ainsi partager le polype en deux moitiés égales, comme si nous avions coupé une pomme par le milieu. Écartant ensuite chaque hémisphère à droite et à gauche, je pus facilement constater la limite de la tumeur et du tissu utérin. Une couche de tissu cellulaire séparait le corps fibreux du tissu musculaire de la matrice. Cette limite ayant été ainsi constatée d'une manière certaine, je coupai transversalement le pédicule avec le bistouri, immédiatement au-dessus d'elle. L'utérus remonta précipitamment après la section dans le vagin, et atteignit sa position habituelle. Des boulettes de charpie saupoudrée d'alun furent conduites dans le vagin, et maintenues avec un bandage en T. La malade rendit peu de sang ; la charpie fut enlevée au bout de huit jours; des injections d'eau de guimauve furent ensuite pratiquées trois fois par jour, et le quatorzième jour, la guérison fut complète. Madame X... était épuisée à l'époque de l'opération par une leuccorrhée qui durait depuis longtemps, par des pertes sanguinolentes et l'affaiblissement des fonctions digestives. Elle recouvra un embonpoint remarquable au bout de deux mois, et sa santé n'a pas été altérée depuis. Quatre ans après l'opération, j'ai vu madame X..., j'ai constaté

que le col de l'utérus était saillant dans le vagin, et que le renversement du corps avait complétement disparu.

Nous indiquerons d'une manière générale le manuel opératoire pour les tumeurs interstitielles des parois, sans entrer dans tous les détails qu'il comporte. On les trouvera, du reste, exposés d'une manière complète dans la thèse de M. Jarjavay.

La malade est placée comme pour l'opération de la taille, l'utérus est abaissé et amené à la vulve, le col est dilaté ou incisé, et l'on commence l'énucléation avec les doigts, de préférence à tout instrument. Au fur et à mesure, la tumeur est érignée et attirée en bas. M. Amussat avait proposé, pour terminer l'opération, une ingénieuse manœuvre, qui consistait à achever le décollement de haut en bas, en renversant la tumeur. M. Maisonneuve a indiqué une simplification, qui doit d'autant plus être notée que c'est un moment extrêmement difficile de l'opération. Il divise la tumeur de bas en haut. Pour cela, on maintient avec une seule pince de Museux le côté droit de la tumeur; puis, à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat, on incise sur la ligne médiane toute la portion de tumeur déjà énucléée, de manière à la diviser en deux parties égales, l'une à droite, l'autre à gauche. La portion sur laquelle est fixée la pince de Museux peut alors s'engager dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes, et devenir accessible d'autant à l'index, qui continue l'énucléation, tandis que les ciseaux prolongent la division verticale. A mesure que l'on incise; la moitié droite de la tumeur s'abaisse, et l'index peut l'énucléer plus haut. On arrive ainsi, par ces trois manœuvres, abaissement, incision, énucléation, qui se facilitent mutuellement, au quart supérieur de la tumeur. Arrivé à ce point, l'abaissement ne se fait plus qu'avec une extrême difficulté; alors on doit dédoubler, dans son épaisseur, la portion même

qu'on est en train d'extraire. Pour cela, les ciseaux courbes, toujours guidés par l'index gauche, attaquent cette moitié de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle on agit, facilite son abaissement, et l'on peut continuer l'énucléation jusqu'à la partie supérieure. Il devient alors facile de l'extraire. On agit alors dans une cavité devenue large par l'extraction de la première partie; on attire au dehors son extrémité énucléée, puis l'énucléation se continue et se termine sur l'utérus renversé et amené à la vulve. (Maisonneuve, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1849.)

Le procédé opératoire est, comme on le voit, fort bien conçu, mais ce n'est pas sur lui que doit porter l'appréciation. Les doutes que l'on a exprimés sur l'opportunité de cette opération ne sont pas nouveaux. Dans sa thèse de concours en 1850, M. Jarjavay, après avoir exposé d'une manière très complète les difficultés de l'opération, ses dangers, et les incertitudes du chirurgien, n'admet que sous les plus grandes réserves, que des tentatives semblables pour l'extirpation des corps fibreux puissent être entreprises par le chirurgien; cependant il pense que l'opération pourra être indiquée très exceptionnellement pour le corps de l'utérus, dans les cas où des hémorrhagies répétées ont détérioré la santé et menacent à la longue de compromettre la vie, malgré l'emploi d'une médication appropriée; pour le col dans les cas où l'epaisseur de l'une des lèvres, étant occupée par un corps fibreux, les fonctions de l utérus ont été dérangées et où il en résulte des douleurs fatigantes et un état général mauvais. Mais peut-on aujourd'hui accepter cette opération, même avec les restrictions dont M. Jarjavay l'entoure?

Qu'est-ce qui pourrait y engager? Nous avons déjà donné les résultats généraux fournis par les faits connus, assurément on ne pourrait passer outre que s'il était démontré

que, comme pour certaines opérations, il n'y avait aucune chance favorable en dehors de l'opération.

Mais il n'en est pas ainsi, et nous nous sommes efforcé de démontrer par des faits et en rappelant l'opinion des meilleurs observateurs, que les accidents pouvaient cesser ou diminuer, et particulièrement, à la ménopause, que quelquefois même les accidents diminuaient avant cette époque, et qu'enfin le traitement médical tel que nous l'avons défini, n'était pas impuissant à apporter quelques modifications favorables dans la marche des accidents. Mais en admettant même que le chirurgien n'ait pas pour s'engager à la temporisation qui doit être *sa règle de conduite* en pareil cas, les raisons que nous venons de rappeler, où sont les conditions diagnostiques qui lui sont nécessaires pour entreprendre dans une opération qu'il pratique au voisinage de la plus grande et de la plus impressionnable des cavités du corps humain? Je ne parle pas seulement de la distinction des deux espèces de tumeurs utérines, mais de la délimitation précise de toute la surface de la tumeur, de ses rapports exacts avec les parois. Qui lui dira si les bosselures saillantes qu'il rencontrera appartiennent à la tumeur ou lui sont étrangères, et surtout quel est l'état de la paroi utéro-péritonéale, et quel est le degré d'énucléabilité de la tumeur dont il va entreprendre l'extraction? Que l'on joigne à cela les accidents primitifs, tels que l'hémorrhagie que l'on peut avoir à à craindre pendant une opération dont la durée a varié entre des mains habiles, de cinquante-cinq minutes à deux heures, que l'on y joigne les accidents consécutifs, et l'on comprendra que l'on n'ouvre pour ainsi dire pas de livre sur ce sujet, sans y trouver, plus ou moins implicitement, la condamnation de cette opération, ce sur quoi M. le professeur Nélaton a surtout insisté dans son enseignement clinique. M. Demarquay dans le mémoire dont j'ai parlé, indique un autre élément de la question, à savoir ce que

deviennent les opérées qui ne meurent pas primitivement. Il a opéré quatre malades et en a perdu trois, l'une après six semaines, l'autre après deux mois, et la troisième vingt mois après l'opération; mais toutes trois de ses suites. La première et la dernière eurent des phlegmons du petit bassin, et la seconde, qui n'eut pas d'accidents abdominaux, demeura dans un état de santé aussi mauvais qu'auparavant et finit par succomber, conservant les vomissements incoercibles qui s'étaient développés sous l'influence du corps étranger qui distendait l'utérus. Dans ce mémoire, du reste, M. Demarquay parle de cinq malades affectées de corps interstitiels, quatre sont opérées, trois mortes; il temporise pour une seule, la santé se rétablit, nous en avons rapporté l'observation. Rappelons du reste que dans les cas de corps fibreux volumineux développés vers l'utérus restés inoffensifs, il s'agit surtout de tumeurs interstitielles.

Je me résumerai en disant que lorsqu'une opération semblable à celle dont nous venons de parler a tué, dans plus de la moitié des cas connus, des malades dont non seulement on ne peut dire que la mort est inévitable, mais encore dont la guérison ou l'amélioration sont démontrées possibles, le chirurgien a les meilleures raisons pour temporiser, et s'il m'est permis de dire toute ma pensée, pour ne pas opérer du tout. Cette conclusion ne s'applique, du reste, qu'aux tumeurs du corps, celles du col, à moins d'un volume trop considérable et pourvu qu'on les distingue de celles dont nous avons parlé au diagnostic, pouvant être opérées.

Le traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus développées sous le péritoine est d'une appréciation plus facile; le docteur Washn Atlee, rapporte, dans l'*American journ. of med sciences* (avril, 1845), l'observation d'une tumeur sous-péritonéale enlevée par la gastrotomie: la tumeur était fibreuse, d'un volume assez considérable, reposait en avant sur le pubis et avait un pédicule d'un pouce

et demi. Le symptôme premier et principal était le besoin continuel d'uriner. La malade, qui était âgée de vingt-cinq ans, guérit parfaitement. Je n'ai pas rencontré d'autres faits ; et en vérité c'est déjà trop d'un, malgré la guérison. Il est cependant probable qu'il y en a eu d'autres, mais il faut rapprocher ces opérations des extirpations pratiquées pour les tumeurs de l'ovaire, avec lesquelles on a pu les confondre, et porter le même jugement sur les deux opérations, c'est-à-dire les rejeter d'une manière absolue. Nous n'avons, du reste, qu'à nous rappeler leur fréquente innocuité pour conclure qu'un traitement purement palliatif devra seulement être mis en usage, et parmi ces moyens on pourrait conseiller l'usage d'une ceinture destinée à soutenir doucement la tumeur. Clarke dit avoir refoulé avec succès dans la cavité abdominale une de ces tumeurs qui, en se développant dans le petit bassin, comprimait le rectum et la vessie. Ce serait, en effet, une indication à remplir, mais comment y arriver? Je n'ai pas à m'occuper du traitement des complications, je me rappellerai qu'elles sont rares.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus envisagées dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement.

Nous avons dû traiter isolément cette partie de notre sujet, car la présence et le développement du produit de la conception, concurremment avec des tumeurs fibreuses, créent une série toute nouvelle de faits et d'indications. Il nous sera bien difficile d'entrer dans des développements bien étendus, ce titre seul pourrait faire le sujet d'un travail complet, mais nous devons cependant chercher à aborder les principaux faits.

On trouve à peu près dans tous les auteurs qui ont traité des tumeurs fibreuses de l'utérus, des faits relatifs à la ques-

tion obstétricale : nous nous contenterons de rappeler un mémoire de M. Danyau, inséré dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne (1846, p. 175) ; les notes et les intéressantes observations consignées, par le même auteur, dans sa traduction de l'ouvrage de Naegelé, sur les principaux vices de conformation du bassin. Dans le recueil cité tout à l'heure, nous trouvons encore (p. 184, 1841) l'analyse du mémoire d'Oldham (*Guy's Hospital reports*, avril 1844). Enfin, nous avons consulté un assez bon nombre d'observations dont nous donnerons les noms d'auteur quand nous aurons occasion de les citer.

Il n'est pas besoin de démontrer que les corps fibreux ne constituent pas un obstacle à la fécondation. Ce qui serait plus difficile serait de prévoir comment ils pourraient s'y opposer. On peut conclure de certains siéges un obstacle mécanique empêchant la libre communication des trompes avec l'utérus, mais voilà tout. Mais si l'on a vu des malades devenir aptes à la fécondation et à la grossesse, ce qu'il est très naturel de comprendre, on peut observer le contraire. Dupuytren rapporte la curieuse observation de deux sœurs, dont l'une eut des fausses couches coïncidant avec ou précédant la formation de corps fibreux, tandis que l'autre en eut deux ans après sa guérison. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est qu'ils diminuent le nombre des conceptions et augmentent celui des avortements. Le docteur West (p. 283, *op. cit.*) a donné une statistique de trente-quatre cas, destinée à démontrer cette proposition.

Ce qui doit surtout nous occuper, ce sont les accidents auxquels ils peuvent donner lieu et l'étude des moyens à mettre en usage pour les combattre. Les accidents dont nous voulons parler s'observent pendant l'accouchement, après l'accouchement. Pendant l'accouchement, il s'agit évidemment de difficultés obstétricales par suite du siége particulier des corps fibreux ; après l'accouchement, il

s'agit surtout d'hémorrhagies souvent suivies de mort et pouvant survenir, quel que soit le siége du corps fibreux.

Au point de vue de la dystocie, les tumeurs du corps sont sans influence, à moins que, s'étant développées sous le péritoine, elles ne soient venues se loger dans l'excavation. C'est, en effet, aux tumeurs occupant l'excavation et comprimant par cela même la partie inférieure de l'utérus, qu'ont été dus le plus souvent les obstacles absolus à l'expulsion du fœtus. La pièce de M. Huguier, que nous faisons représenter, en est un exemple (voy. fig.7). M.Huguier fut obligé de pratiquer l'opération césarienneet la malade mourut. Nous devons un exemple analogue à M. Pihan Dufeillay, interne des hôpitaux; il l'a recueilli à Nantes. Il s'agit d'une jeune femme ayant eu déjà plusieurs couches heureuses, et entre autres une quinze à dix-huit mois avant sa dernière grossesse. Rien d'anormal jusqu'à l'accouchement, et ce ne fut que pendant la durée du travail que M. le docteur Legouais, professeur d'accouchements à l'Ecole secondaire, reconnut la présence d'une tumeur remplissant l'excavation. Il fallut pratiquer l'opération césarienne. *A l'autopsie*, tumeur fibreuse de la grosseur d'une tête de fœtus implantée sur la paroi postérieure de l'utérus à la jonction du corps et du col, repoussant l'utérus en avant, occupant toute la concavité du sacrum et ne faisant pas la moindre saillie à la face interne de l'utérus. Etlinger (*Obs. obstétricales*, 1854, pp. 50-53) cite le professeur Kilian qui pratiqua une opération césarienne pour une tumeur fibreuse de la face postérieure de l'utérus. La malade mourut quarante-huit heures après.

Nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux* (1854) un autre cas d'opération césarienne. L'autopsie montre une tumeur fibreuse de $0^m,16$ verticalement, $0^m,10$ transversalement, $0^m,09$ dans le sens antéro-postérieur, adhérant au bord droit de l'utérus, à la paroi postérieure du vagin et à

la face antérieure du rectum. M. Depaul nous a parlé d'une opération césarienne qu'il fut obligé de pratiquer dans un cas de tumeur fibreuse également implantée à la face postérieure de l'utérus, et développée dans l'excavation. La malade mourut quatre jours après l'opération. Fabrice de Hilden (*De hernia uterina et partu cæsario*) parle d'une tumeur qui mit obstacle à l'accouchement, un bras du fœtus ayant été seulement poussé en dehors; cette tumeur peut être considérée comme étant de la nature de celles dont nous nous occupons: « Exempto fœtu, scirrhum durissimum qui magnitu- » dinem capitis infantis fere adæquabat, inveni; ille autem » utero non simpliciter adhærebat, sed ipsum corpus uteri » in scirrhum concretum atque induratum fuerat. » Cependant ces tumeurs n'apportent pas toujours un obstacle absolu à la parturition. Béclard a vu, en 1813, à la Maternité, une femme dont le petit bassin était rempli par un corps fibreux de la matrice, ce qui n'empêcha pas, du reste, le fœtus mort d'être expulsé spontanément. Le diamètre transverse était réduit à 18 lignes. Nous avons rapporté ces exemples afin de bien préciser quel est le siége des tumeurs fibreuses qui apportent un obstacle absolu ou relatif à l'accouchement, et l'on a pu reconnaître que les tumeurs analogues à celles que nous avons fait représenter constituent souvent un genre d'obstacle insurmontable. On comprend, du reste, que les tumeurs de la paroi postérieure qui se rapprochent de sa partie supérieure, celles du fond, et même celles de la face antérieure, qui peuvent remonter avec l'utérus et franchir le détroit supérieur, ne deviennent pas un obstacle à l'issue du fœtus. Le docteur Chown accoucha de deux jumeaux une femme qui mourut trois jours après de péritonite. On trouva à l'autopsie une tumeur volumineuse, fibreuse, enveloppée dans une coque calcaire et englobée dans la paroi postérieure de l'utérus. Mais au lieu de s'être développées auprès du col et de le fermer en

l'aplatissant, les tumeurs fibreuses peuvent avoir pris leur développement dans la cavité même de cette portion de l'utérus et se présenter sous deux formes, l'interstitielle et la pédiculée. Dans le mémoire dont nous avons parlé, M. Danyau s'occupe surtout de cette espèce d'obstacle et du traitement qu'il exige; il donne d'abord l'histoire d'une jeune femme auprès de laquelle il fut appelé après l'accouchement, et chez laquelle il constata la présence d'une tumeur fibreuse pédiculée du col faisant saillie hors de la vulve et offrant le volume d'une tête de fœtus de sept mois. La grossesse et l'accouchement n'avaient rien offert de particulier. Les faits de Guiot, empruntés au mémoire de Levret (*loc cit.*, p. 220), que l'on peut, en effet, rapporter à une tumeur fibreuse pédiculée, et de Rambostham (*Practical obs. on Midwifery*, t. II, p. 473), analogues à celui de M. Danyau pour le volume de la tumeur et le mode d'implantation, prouvent qu'un polype fibreux volumineux du col n'est pas toujours un obtacle à l'accouchement, et que même il peut n'en influencer en rien la marche. On comprend qu'il faille pour cela que le pédicule soit assez long pour que la tête puisse chasser devant elle le corps étranger. Cette propulsion du polype peut même devenir l'occasion de sa cure spontanée, ainsi que M. Paul Dubois en a observé un exemple. M. Marchal de Calvi (*loc cit*, p. 568) rapporte, en effet, que ce professeur lui a fait part du fait suivant : le polype était fibreux et inséré sur le col; la femme était grosse, et M. Dubois devait pratiquer la ligature du corps étranger; il fut obligé de faire une absence; à son retour, la malade avait eu une fausse-couche et le polype avait été expulsé. Mais si le pronostic peut être, en somme, moins grave qu'on ne pourrait le supposer dans des cas semblables, il n'en est plus de même lorsque la tumeur est interstitielle. Nous trouvons dans le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure* pour 1853 (149e livr.) un

fait intéressant dû à un médecin distingué de Nantes, M. le docteur Lequerré.

Une tumeur fibreuse interstitielle du col adhérait à sa partie droite, envahissait toute sa cavité et proéminait dans le vagin, ne laissant de passage libre qu'en arrière, passage étroit, puisque la tumeur mesurait 0m,14 1/2 de diamètre et 0m,39 de circonférence. La surface d'implantation mesurait 0m,10, cette tumeur avait déterminé les accidents suivants. La malade qui était arrivée à terme, était âgée de trente-neuf ans et n'avait eu, pendant sa grossesse, rien qui pût faire supposer un état anormal de l'utérus. Le travail dura six jours, et l'enfant qui vint par le siége était mort pendant l'accouchement ; la tumeur avait fait croire à une présentation de la tête, après la parturition elle fit supposer la présence d'un second fœtus, supposition qui fut cependant rectifiée par le diagnostic de la tumeur fibreuse. La malade mourut de péritonite le quatrième jour après l'accouchement.

M. Danyau a communiqué à l'Académie de médecine (avril 1851), un fait de ce genre. Dans ce cas très remarquable, dont l'observation est rapportée dans tous ses détails dans la *Revue médico-chirurgicale* de la même année, p. 299, « le doigt rencontrait tout d'abord une tumeur volumineuse occupant la presque totalité de l'excavation pelvienne et au-devant de cette tumeur, la lèvre antérieure mince et aplatie ; entre elles deux un trajet de 0m,5 à 0m,6 de long, conduisant à l'orifice interne de l'utérus, qui était dilaté en forme de croissant à concavité postérieure, et offrait 3 à 4 centimètres d'étendue transversale. » Un pied se présentait à l'orifice interne, mais n'était pas engagé, la tumeur recevait quelque impulsion quand on ébranlait le fond de l'utérus, autrement elle était enclavée dans le bassin remplissant la concavité du sacrum, et n'était distincte de la symphyse pubienne que de 2 à 3 centimètres;

toute la lèvre postérieure du col était certainement envahie, mais on ne reconnaissait pas de limites supérieures. Les caractères rappelaient, du reste, ceux des corps fibreux. M. Danyau résolut d'enlever la tumeur par énucléation, et M. Dubois, appelé en consultation, fut de son avis. Toute autre conduite exposait la femme à une mort certaine. Cette opération, qui dura un peu plus de trois quarts d'heure, fut habilement faite, et la tumeur dut être divisée pour être attirée au dehors. Elle mesurait 0m,15 dans son plus grand diamètre, sa largeur et son épaisseur à peu près égale étaient de 0, 095. Il n'y eut d'hémorrhagie, ni avant ni après l'opération, l'enfant était mort depuis quelques jours déjà, il fut extrait par la version; la malade guérit parfaitement.

Les tumeurs fibreuses qui se développent dans l'épaisseur ou à la surface utéro-vaginale du col, peuvent donc apporter aussi un obstacle absolu ou relatif à l'accouchement et compromettre la vie de la mère et de l'enfant, et se rapprochent en cela de celles qui nées de sa face abdominale se développent dans l'excavation; mais si elles exposent aux mêmes dangers dans certains cas, dans les plus graves même, elles laissent au chirurgien, comme on vient de le voir, la possibilité d'intervenir heureusement.

Je ne vois pas, en effet, de contre-indications à l'emploi de l'excision si la tumeur est pédiculée. Cette opération pourra être faite, soit pendant, soit après l'accouchement. S'il est possible de remettre l'opération après l'accouchement, alors que l'utérus est revenu sur lui-même, a pour ainsi dire obturé ses vaisseaux, on sera dans de meilleures conditions au point de vue de l'hémorrhagie; la première opération de M. Danyau fut faite dans ces conditions, il n'y eut pas d'hémorrhagie, et les suites de couches furent ordinaires. Cette opération fut pratiquée le jour même de la délivrance; mais on sait que Rambostham, dont M. Danyau

rapporte l'observation, crut devoir attendre près d'un mois, espérant, ce qui arriva en effet, que le polype diminuerait de volume. Ces deux exemples pourraient donc, au cas échéant, être bons à imiter. Faudrait-il, comme l'a fait Merrimann, pour une tumeur pédiculée et volumineuse, opérer préventivement avant l'accouchement? A moins d'accident qui y oblige, il vaudrait mieux attendre après, car l'avortement qui n'a pas eu lieu dans le cas de Merrimann a été observé pour d'autres. L'opération est plus indiquée encore, nous semble-t-il, quand la tumeur occupe l'épaisseur d'une des lèvres du col et qu'elle est volumineuse. L'opération pratiquée par M. Danyau est la première en date, et nous n'avons pas rencontré de faits semblables; mais tout en admettant qu'il faut des faits pour juger les questions, la probabilité de terminer un accouchement impossible par les voies naturelles, par une opération autre que la gastrotomie, nous semble une condition si capitale que nous pensons que M. Danyau a indiqué aux chirurgiens la marche à suivre en pareil cas; on se rappelle, du reste, que M. P. Dubois n'avait pas hésité à adopter l'opération. M. Danyau cite dans son mémoire de 1846 un fait analogue de Barret, où l'accouchement artificiel par la version fut pratiquée et fut possible, bien qu'à grand'peine; l'enfant naquit dans un état de mort apparente, et fut ranimé cependant par l'insufflation; la mère mourut le soir. Dans l'observation du docteur Lequerré, l'accouchement finit également par se faire, mais le travail dura cinq jours; l'enfant mourut pendant sa durée, et la mère quatre jours après.

La possibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles n'apporte pas non plus, on le voit, de contre-indication à l'emploi de l'opération chirurgicale, préférée à l'opération obstétricale, celle-ci, en effet, a été funeste à la fois à la mère et à l'enfant. Cependant si, dans le cas de Barret, l'opération chirurgicale était indiquée de la manière

la plus évidente, puisqu'il y avait un large pédicule, M. Lequerré nous fait remarquer que les rapports de la tumeur avec le péritoine auraient pu rendre sa lésion possible. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, débarrasser au moins le col d'une portion de la tumeur, ainsi que se le demande ce médecin ?

Nous n'avons envisagé jusqu'ici les tumeurs fibreuses qui rendent l'accouchement impossible par les voies naturelles qu'au point de vue de l'accouchement; mais supposons que e diagnostic ait été porté pendant la grossesse, et que les conditions dans lesquelles se trouve la tumeur, démontrent déjà l'impossibilité de sa terminaison naturelle.

Dans un cas où il fut appelé auprès d'une malade qui offrait une tumeur volumineuse du col, M. Depaul arrêta la grossesse en ponctionnant l'œuf. La malade, dont la position était des plus alarmantes, a guéri. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1858, p. 95.) L'indication est en effet formelle, si la tumeur est dans l'excavation; elle peut le devenir encore, ainsi que nous venons de le voir, si la tumeur du col est déjà très volumineuse à une époque peu avancée de la grossesse. Les tumeurs fibreuses prennent, en effet, quelquefois un accroissement rapide sous l'influence de la grossesse. La malade que M. Danyau opéra par énucléation avait été examinée à six semaines de grossesse, par M. Récamier, qui n'avait reconnu qu'un peu de gonflement du col et quelques granulations. Mais de même qu'elles peuvent rapidement s'accroître pendant la grossesse, de même aussi les tumeurs fibreuses peuvent diminuer rapidement de volume après l'accouchement, ainsi que nous l'avons déjà noté.

Nous avons maintenant à étudier les accidents qui surviennent après l'accouchement. Nous ne nous occuperons que de l'hémorrhagie, bien que le polype puisse devenir à ce moment la cause du renversement de l'utérus; mais nous pouvons renvoyer à ce que nous avons déjà dit du renversement

et de son diagnostic, il faut seulement se rappeler que l'erreur est d'autant plus facile à ce moment que l'un et l'autre état entraînent des hémorrhagies. C'est ce qui résulte du fait de M. Bennett, rapporté par M. Aran (*loc. cit.*, p. 894).

Chez une jeune dame, l'apparition d'une tumeur à l'orifice du col, immédiatement après l'accouchement, et d'abondantes hémorrhagies consécutives avaient fait croire à un renversement de l'utérus, lorsque la dilatation graduelle du col permit de porter un doigt dans l'orifice, et d'aller trouver le pédicule d'un polype fibreux qui fut excisé avec succès. L'hémorrhagie ainsi occasionnée par un polype après l'accouchement constitue un accident grave. Dans le mémoire d'Oldham (*loc. cit.*), sur 9 cas de cette espèce, je compte 3 morts.

Chose curieuse, le polype a pu habiter la cavité de l'utérus avec le produit de la conception sans nuire dans bien des cas à son développement, mais dès que l'accouchement est opéré, il agit comme tout corps étranger demeuré dans la cavité utérine, à ce moment ; il provoque des hémorrhagies. Elles ne sont pas toujours immédiates, c'est trois semaines après l'accouchement qu'une malade est subitement prise d'une hémorrhagie qui va jusqu'à la syncope (obs. I) ; dans d'autres cas c'est après quinze jours, dix jours, le lendemain, quelques heures après ou immédiatement. L'expulsion spontanée a quelquefois lieu dans ces conditions, ordinairement pendant une hémorrhagie souvent violente. Le docteur Oldham note deux fois cette particularité dans ses observations. Le docteur Eldredge a rapporté dans le *Boston med. and chir.*, 1848, un cas assez curieux. L'expulsion se fit trente-six jours seulement après l'accouchement; la tumeur pesait 2 livres, et dans ce cas il y eut un écoulement abondant et fétide, mais pas d'hémorrhagie. Les tumeurs interstitielles donnent lieu, dans certains cas, aux mêmes accidents, et l'hémorrhagie dont la cause ne peut être supprimée s'est terminée

plusieurs fois par la mort. Chaussier a vu une femme mourir d'hémorrhagie peu de temps après la naissance d'un enfant à terme. On trouva dans la paroi postérieure de l'utérus une tumeur fibreuse volumineuse qui, par sa position, n'avait pas empêché la sortie de l'enfant, mais avait paralysé les parois contractiles de l'utérus.

Outrepont (*Arch. de méd.*, 1830) a autopsié une femme morte d'hémorrhagie utérine après l'accouchement; trois tumeurs fibreuses, dont l'une avait 10 pouces sur 5, furent trouvées dans le fond de l'utérus. Ces tumeurs avaient empêché le développement du fond de l'organe pendant la grossesse, et l'enfant n'avait eu une place suffisante dans l'utérus que grâce au tiraillement et à l'amincissement excessif des parois du col. Cet amincissement des parois peut rendre la poche utérine fluctuante, et j'ai entendu rapporter par M. Huguier un fait, où n'était le ballottement qu'il perçut, on songeait déjà à la ponction d'une hydropysie enkystée qui n'était autre qu'une grossesse compliquée de corps fibreux.

Dans les cas d'hémorrhagies immédiates ou consécutives survenues après l'accouchement, le chirurgien doit explorer la cavité de l'utérus, soit pour en retirer les corps étrangers ordinaires, caillots ou membranes, soit pour exciter la contraction utérine. Dans les cas qui nous occupent, cette exploration fera reconnaître un corps plus ou moins volumineux, logé dans la cavité de l'utérus; on a souvent cru, dans ces cas, à une grossesse double. Cependant l'erreur ne peut être de longue durée, si l'on fait une exploration attentive; cette exploration ayant bien fait reconnaître le pédicule, il faut débarrasser l'utérus du corps étranger qui y est contenu; l'excision peut être appliquée seule ou au-dessous d'une ligature destinée à éviter l'hémorrhagie : l'instrument de M. Chaissaignac pourrait peut-être être utilisé avec avantage dans des cas semblables. L'excision est adoptée par

Oldham, et quant au moment à choisir pour pratiquer l'opé ration, on peut, dit-il, opérer immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'accouchement, sans déterminer nécessairement des accidents.

On doit évidemment, en cela, obéir aux indications plus ou moins pressantes de l'hémorrhagie et attendre quand on le peut. On trouve des opérations suivies de mort dans ces cas; ainsi celle de Deneux (*Arch.*, 1re série, t. XX, p. 601); mais l'indication n'en reste pas moins; et si la tumeur est reconnue, qu'elle ait un pédicule ou soit en saillie sur la paroi, il faut en débarrasser l'utérus, si l'hémorrhagie y oblige. Il est, du reste, difficile de donner des indications pour tous les cas et en particulier pour ceux où c'est une tumeur interstitielle qui cause les accidents. Oldham n'en rapporte aucun fait; Chaussier et Outrepont trouvèrent les tumeurs après la mort. M. Cruveilhier a représenté, dans son atlas, une tumeur interstitielle du fond de l'utérus due à Désormeaux; il n'y avait pas eu hémorrhagie; la malade avait succombé à la péritonite. Ceci prouve qu'il peut y avoir ou ne pas y avoir d'hémorrhagies, mais n'aide pas à poser d'indications. Je n'ai pu cependant trouver, à ce sujet, de règle de conduite dans les faits; et, s'il est permis de donner, à priori, une indication, je crois que dans ces cas où la voie n'a pas été préparée à l'opération chirurgicale par pédiculisation plus ou moins complète du corps fibreux dans l'utérus, c'est au traitement ordinaire des hémorrhagies après l'accouchement qu'il faut recourir, c'est-à-dire aux moyens que l'art met à notre disposition en dehors de l'opération, et dont plusieurs sont, on le sait, fort efficaces. M. Jarjavay (*op. cit.*, p. 81) a, du reste, très nettement formulé une opinion semblable : « Dans l'état de grossesse, dit-il, l'extirpation des corps fibreux interstitiels est bien moins applicable encore. Porter l'instrument tranchant sur une surface étendue d'un organe vasculaire comme l'est alors la matrice,

serait s'exposer à des hémorrhagies bien difficiles à arrêter. La médecine opératoire est impuissante à arrêter le danger; les moyens hémostatiques sont seuls indiqués dans ces cas malheureux. »

D'autres accidents consécutifs peuvent aussi se montrer.

J'ai signalé plus haut un cas d'élimination spontanée d'une volumineuse tumeur fibreuse, trente jours après l'accouchement, il y avait eu un écoulement fétide abondant, mais pas d'hémorragies. Dans un cas communiqué à la Société anatomique (1850, p. 364) par M. A. Moreau, il s'agit d'une jeune femme qui, huit jours après un accouchement facile, eut une perte séro-sanguinolente, puis un écoulement lochial abondant et sanguinolent, de la fièvre, des accidents cérébraux. M. le professeur Moreau constata, par le toucher, une tumeur fibreuse du volume de la tête d'un fœtus à terme, développée dans la partie latérale gauche de l'utérus. Deux tentatives d'énucléation furent faites sans succès, et la tumeur fut cependant expulsée spontanément le jour même de la seconde opération. La malade mourut.

M. Huguier a rapporté à la Société de chirurgie (*Bullet.*, 1859) l'observation complète d'une malade qui vint dans son service quinze jours après son accouchement. MM. Danyau et Dubois avaient constaté la tumeur après l'accouchement, et en avaient précisé le siége. Il n'y avait pas eu d'accidents, et la malade avait quitté l'hôpital huit jours après sa délivrance. A son entrée à l'hôpital Beaujon, la physionomie est profondément altérée, le pouls petit, fréquent, la langue fuligineuse; odeur gangréneuse autour de la malade. Une énorme tumeur remplissait le vagin, et ce n'est qu'à grand'peine que M. Huguier parvint à la circonscrire. Cette énorme masse, en partie gangrenée, fut extraite en deux séances, par morceaux. Sa structure lo-

bulée et son ramollissement permirent d'attirer toute la masse au dehors. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ni pendant ni après, mais la malade fut prise d'érysipèle le quatrième jour, 14 février, et mourut le 7 mars; l'érysipèle existait encore, et avait parcouru la majeure partie du corps. L'utérus était revenu sur lui-même; il n'y avait pas de péritonite.

Dans d'autres cas, comme celui de Barnetche par exemple, (*Ann. de la Soc. de méd. de Bordeaux*), la malade avait succombé quarante-huit heures après un accouchement des plus laborieux : plusieurs tumeurs fibreuses étaient logées dans les parois de l'utérus, l'une d'elles avait déterminé la suppuration et la destruction du tissu utérin qui l'entourait; dans le cas de M. Monod, rapporté par M. Cruveilhier (*op. cit.*, p. 701), les couches les plus profondes de l'utérus étaient gangrenées, toutes les tumeurs s'enlevaient par énucléation au milieu du tissu de l'utérus ramolli. Ces faits indiquent, comme on le voit, une série nouvelle d'accidents à ajouter à ceux dont nous avons parlé. Nous les avons déjà signalés en dehors de la grossesse; mais on comprend qu'ils aient pour se produire des conditions plus favorables à la suite de l'accouchement. Le fait de M. Huguier, qui peut se rapporter aux terminaisons dites par gangrène, montre la conduite que l'on peut suivre en pareil cas. Nous savons que cette terminaison, bien qu'elle porte sur un produit que l'organisme a intérêt à expulser, est toujours redoutable, et le chirurgien remplit une indication en abrégeant la durée de l'élimination.

Après l'étude des accidents, nous devons rappeler les modifications imprimées à la vitalité, au développement des corps fibreux par le nouvel état du tissu utérin, ce qui prouve bien, du reste, combien leur nutrition en est dépendante. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, assez insisté sur ces faits pour ne pas en rappeler ici de particuliers; mais on peut dire que c'est un fait commun, que le développe-

ment exagéré et quelquefois rapide de ces corps, lorsqu'ils sont en contact avec un utérus gravide. Dans le cas de M. Depaul, pour lequel ce chirurgien distingué fut obligé de pratiquer l'avortement, la tumeur avait pris un développement extrêmement rapide et avait acquis des dimensions considérables ; dès que l'utérus fut revenu à son état de vacuité, elle commença à diminuer. Aujourd'hui, elle forme dans l'épaisseur du col un noyau de la grosseur d'un œuf (communication orale). Elles peuvent, tout en prenant de l'accroissement, se ramollir assez pour devenir fluctuantes et donner lieu à une erreur de diagnostic.

Une tumeur interstitielle très volumineuse du col rapidement accrue pendant une grossesse, fut ponctionnée (Cazeaux, *Bullet. de la Soc. de chir.*, p. 94.)

Ce n'est pas là, du reste, la seule erreur de diagnostic, ni surtout l'erreur particulière à l'ordre des faits que nous étudions. Le plus souvent on a cru à la présence d'un second fœtus ; cependant aussi toutes les fois que le chirurgien, un moment trompé par la persistance du volume de l'utérus, a examiné de près, il a rectifié le diagsotiuc.

Il en serait de même, je suppose, pour les cas où une tumeur du col serait prise pour la tête du fœtus; cependant il est certaines dispositions qui peuvent en imposer, mais l'erreur peut encore être facilement rectifiée dans ces cas. Madame Lachapelle a vu un cas dans lequel une erreur de ce genre aurait pu avoir lieu, la tumeur offrant le volume et la forme de la tête du fœtus, on y sentait une dépression semblable à une fontanelle; sur la tumeur de M. Lequerré, il y avait une disposition analogue, qui occasionna une erreur de diagnostic. Mais c'est à bien préciser le siége de la tumeur et l'état du col que le chirurgien devra s'attacher ; nous avons, à propos des cas particuliers, insisté sur ces indications. Mais il est un point qui a rapport au diagnostic que nous devons signaler; c'est que souvent la constatation de ces

tumeurs ne sera faite qu'au moment de l'accouchement, ou à une époque avancée de la grossesse, ce qui tient à la rapidité du développement d'une part, et à l'absence fréquente de symptômes particuliers pendant le cours de la grossesse. Nous ne reviendrons pas non plus sur ce que nous avons dit du traitement chirurgical à mettre en usage selon les différents cas. Nous n'insisterons plus que sur le pronostic particulier à porter sur ces cas de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement. Il est évidemment beaucoup plus grave que pendant la vacuité de l'organe, et cette appréciation générale résulte évidemment des faits qne nous venons d'exposer. Si elles permettent la fécondation, les tumeurs fibreuses exposent les produit en terminant prématurément la grossesse, ou en rendant l'accouchement difficile ou impossible; elles exposent enfin la vie de la mère, non-seulement par les difficultés de l'accouchement, mais encore par ses suites.

FIN.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. 1. — Tumeur fibreuse sous-muqueuse, non pédiculisée malgré son assez grand volume. (Empruntée à la thèse de M. Ferrier.)

FIG. 2. — Tumeur fibreuse pédiculisée (polype fibreux), implantée sur la paroi postérieure du corps de l'utérus, et engagée dans le col. (Musée Dupuytren, n° 359.)

FIG. 3. — Tumeur fibreuse, sessile, entourée d'une couche épaisse de tissu utérin (1). — Cette tumeur remplissait la cavité de l'utérus, qui s'était moulé sur elle. La partie inférieure s'était engagée dans le col, et y avait subi une élongation qui donne à cette extrémité l'apparence singulière qu'on y remarque. Au premier abord, la distinction du corps fibreux était difficile, mais sur la pièce macérée, on la saisit très bien et l'on peut l'isoler de son enveloppe, qui cependant est adhérente. La surface d'implantation occupait tout l'angle droit et supérieur de l'utérus, et empiétait à gauche sur le fond. La malade s'éteignit dans un état d'anémie extrême. La paroi utérine avait 0,02 au fond, un peu moins de 0,01 au col. (Pièce de la collection de M. Huguier.)

FIG. 4. — Tumeur interstitielle du fond de l'utérus. L'épaisseur de la paroi utéro-péritonéale est à celle de la paroi utérine tout entière, comme 1 est à 8 ou 10. Elle est, en un mot, réduite à une extrême minceur. Le col a conservé sa forme et sa longueur. (Musée Dupuytren, n° 366.)

FIG. 5. — Tumeur interstitielle du fond de l'utérus, offrant une disposition inverse de ses parois, et permettant de supposer que l'expulsion spontanée aurait pu avoir lieu. (Pièce de la collection de M. Huguier.)

FIG. 6. — Dessin d'une tumeur interstitielle de la paroi antérieure, l'ayant envahie dans toute sa hauteur et ayant dédoublé le col. (Thèse de M. Jarjavay, d'après un dessin de M. L. Boyer.)

(1) Je prie M. Huguier de vouloir bien recevoir mes remercîments pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à ma disposition plusieurs des pièces de sa riche collection.

FIG. 7. — Tumeur fibreuse, née de la paroi postérieure de l'utérus à la jonction du corps et du col, développée dans l'excavation et ayant nécessité l'opération césarienne. (Pièce de la collection de M. Huguier.)

FIG. 8, 9, 10. — Structure des tumeurs fibreuses de l'utérus, empruntée à l'atlas de M. Lebert. (32e liv., pl. CLVII, fig. 3 à 6.)

FIG. 8, 9. — Fibres-cellules musculaires, isolées au moyen de la coction et de la dilacération.

FIG. 10. — Préparation microscopique montrant du tissu fibro-musculaire avec son aspect fibroïde et granuleux ordinaire, et ce même tissu, rendu transparent par l'acide acétique, montrant de nombreux noyaux étroits et allongés. (Lebert.)



NAME	DATE DUE